



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA – UFPB**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS**  
**DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS - SANTA RITA**  
**CURSO DE DIREITO**

MARINA JAQUES DE OLIVEIRA

**PERSPECTIVAS JURÍDICAS ACERCA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO  
BRASIL**

SANTA RITA/PB  
2019

MARINA JAQUES DE OLIVEIRA

**PERSPECTIVAS JURÍDICAS ACERCA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO  
BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Direito, do Centro de Ciências Jurídicas, da Universidade Federal da Paraíba, como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Ciências Jurídicas.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Paula Correia Albuquerque

SANTA RITA/PB  
2019

**Catálogo na publicação**  
**Seção de Catalogação e Classificação**

O48p Oliveira, Marina Jaques de.  
Perspectivas jurídicas acerca da violência obstétrica  
no Brasil / Marina Jaques de Oliveira. - João Pessoa,  
2019.  
65 f.

Orientação: Ana Paula Correia Albuquerque.  
Monografia (Graduação) - UFPB/CCJ.

1. violência obstétrica. 2. intervenções  
desnecessárias. 3. assistência ao parto. 4. direitos  
sexuais e reprodutivos. 5. responsabilidade civil. I.  
Albuquerque, Ana Paula Correia. II. Título.

UFPB/CCJ

MARINA JAQUES DE OLIVEIRA

**PERSPECTIVAS JURÍDICAS ACERCA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO  
BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Direito, do Centro de Ciências Jurídicas, da Universidade Federal da Paraíba, como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Ciências Jurídicas.

**Orientadora: Profa. Dra. Ana Paula Correia Albuquerque**

**Banca Examinadora**

Data da Aprovação: \_\_\_\_\_

---

Profa. Dra. Ana Paula Correia Albuquerque (Orientadora)

---

Profa. Morganna Guedes Batista (Examinadora Externa)

---

Prof. Dr. Igor de Lucena Mascarenhas (Examinador Interno)

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

VO – Violência Obstétrica

CC – Código Civil

CPB – Código Penal Brasileiro

MPF – Ministério Público Federal

*Dedico a todas as mulheres, mães ou não, por serem os únicos seres capazes de gerar. Somos nós que perpetuamos a existência na Terra. É em nós que vive a esperança do amanhã.*

## **AGRADECIMENTOS**

Eis que, pela segunda vez, me encontro diante da missão de agradecer àqueles que me auxiliaram a chegar à conclusão de mais uma graduação. Esta, diferentemente da primeira, teve, no seu finalzinho, a feliz surpresa da chegada de um novo ser, o meu filho Gabriel. Quero e preciso começar os agradecimentos por ele.

É que, se não fosse a gravidez, eu jamais teria despertado para um tema tão importante, tão complexo e tão profundo quanto a Violência Obstétrica. Este trabalho só existe porque ele, durante as 40 semanas em que estive abrigado em mim, me fez ler, assistir, pesquisar e discutir as melhores e mais respeitadas condutas para que tivesse um nascimento digno, feliz e tranquilo. E assim foi.

Agradeço, com todo o meu coração, a minha mãe, Ana Mary. Se não fosse o tempo dela, eu não teria conseguido escrever este trabalho de conclusão de curso. Foram as tardes que me doou que me permitiram sentar para pesquisar e escrever cada linha deste trabalho. Enquanto cuidava de Gabriel, eu podia me dedicar aos estudos. Obrigada, Mami, por estar SEMPRE comigo.

Agradeço a minha família, nas figuras do meu pai, João Augusto e dos meus irmãos Marcelo Vitor e Márcio Andrey. Obrigada pelo amparo irrestrito e pelo amor que vocês sempre demonstram. Juntos com minha mãe, vocês formam o alicerce no qual eu me apoio e me mantenho firme, diariamente.

Ao meu companheiro e grande amor, Raoni Nunes, também responsável pelo nascimento deste trabalho. Pela natureza da profissão, permitiu-se dialogar comigo sobre as profundezas da conduta médica; por ser pai do meu filho, permitiu-se, junto comigo, embarcar num fluxo diferente do que a sua formação profissional o norteou.

Agradeço, ainda às enfermeiras obstétricas Morganna Guedes e Luanna Braga; as primeiras a me apresentarem o termo violência obstétrica, quando eu ainda estava grávida. À Ana, minha “doula-fada-sem defeitos-maravilhosa”, com quem eu também podia discutir sobre o assunto enquanto esperávamos a hora de Gabriel chegar. Vocês são sensacionais.

Aos meus amigos de jornada, nas figuras de Sara, Laura, Cláudio, Antônio, Mari... obrigada pela companhia durante estes anos. Aos meus amigos do estágio na Defensoria Pública da União, lugar onde “se aprende a ser gente”, Rafa, Carlinha, Zé... ao melhor assessor que poderíamos ter: Glauco e ao melhor chefe que também poderia ter tido: Dr.

Pedro Coelho. Obrigada por tudo. Estagiar na Defensoria é um privilégio, estagiar com uma equipe tão maravilhosa foi o melhor presente de toda a graduação.

Agradecimento especial a minha querida orientadora, Profa. Dra. Ana Paula Albuquerque, por ter aceitado me proporcionar esta orientação. Tenho plena certeza que tive a melhor profissional caminhando junto comigo. Obrigada por todas as sugestões bibliográficas, pelos contatos importantes no desenvolvimento do tema, por nunca ter me deixado sem resposta. Obrigada pelo seu tempo.

A Deus, o Criador de tudo. Obrigada por me permitir chegar até aqui. Que eu possa continuar seguindo meu caminho sempre pautada no amor maior que vem de Ti. Que as minhas atitudes continuem sendo reflexo da Tua essência em mim.



*Cada criança, ao nascer, traz a mensagem de que Deus não perdeu a esperança na  
humanidade. (Rabindranath Tagore)*

## RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo analisar a Violência Obstétrica no Brasil. Especificamente, será estudado fenômeno do parto e, a partir disso, se defenderá que a Violência Obstétrica consiste em uma prática que viola os direitos sexuais e reprodutivos da mulher. Para tanto, serão enfrentados os problemas da efetivação desses direitos e da reponsabilidade civil do profissional de saúde, na figura do médico. O estudo examina como se dá o enquadramento da Violência Obstétrica como erro médico. Desse modo, se busca entender que ela não pode continuar sendo examinada à luz do erro médico, tendo em vista constituir, muitas vezes, um abuso de direito, espécie de ato ilícito assegurado pelo Código Civil de 2002. Além disso, também aponta os tipos penais capazes de abranger algumas das condutas de violência. Por fim, se defende a necessidade do deslocamento da Violência Obstétrica do campo do erro médico para um tipo de responsabilidade específica, com punição específica para este tipo de violência. Neste estudo, de abordagem essencialmente teórica, o método de pesquisa utilizado foi o bibliográfico e a técnica de pesquisa foi a documentação indireta.

**Palavras-chave:** Violência Obstétrica. Intervenções desnecessárias. Assistência ao parto. Direitos sexuais e reprodutivos. Responsabilidade civil.

## **ABSTRACT**

This paper aims to analyze Obstetric Violence in Brazil. Specifically, the phenomenon of childbirth will be studied and, from this, it will be argued that Obstetric Violence is a practice that violates the sexual and reproductive rights of women. To this end, the problems of the realization of these rights and the civil responsibility of the health professional, in the figure of the doctor, will be faced. The study examines how Obstetric Violence is framed as medical error. Thus, we seek to understand that it can not continue to be examined in the light of medical error, as it often constitutes an abuse of rights, a kind of unlawful act ensured by the 2002 Civil Code. capable of covering some of the conducts of violence. In the end, we defend the need to move Obstetric Violence from the field of medical error to a specific type of responsibility, with specific punishment for this type of violence. In this study, with an essentially theoretical approach, the research method used was the bibliographic and the research technique was the indirect documentation.

**Keywords:** Obstetric Violence. Unnecessary interventions. Childbirth assistance. Sexual and reproductive rights. Civil responsibility.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2. A LINHA DO TEMPO DO NASCIMENTO – DE CASA PARA O HOSPITAL, DA MULHER PARA O MÉDICO, DO NATURAL PARA O TECNOLÓGICO.....</b>	<b>14</b>
<b>3. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: NEGAÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS E DOS DIREITOS REPRODUTIVOS E SEXUAIS DAS MULHERES.....</b>	<b>24</b>
<b>3.1. As diversas nuances da Violência Obstétrica no Brasil.....</b>	<b>25</b>
<b>3.2. A Violência Obstétrica sob a perspectiva da violação dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos da mulher.....</b>	<b>33</b>
<b>4. PERCEPÇÕES JURÍDICAS SOBRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....</b>	<b>40</b>
<b>4.1. Responsabilidade civil dos médicos: erro médico x erro do médico.....</b>	<b>40</b>
<b>4.1.1. Nuances da responsabilidade civil no Código Civil de 2002.....</b>	<b>41</b>
<b>4.1.2. Responsabilidade civil do médico nos casos de Violência Obstétrica.....</b>	<b>44</b>
<b>4.2. A Violência Obstétrica no Código Penal Brasileiro.....</b>	<b>50</b>
<b>4.3. Como proceder em casos de Violência Obstétrica.....</b>	<b>54</b>
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>57</b>
<b>6. REFERÊNCIAS.....</b>	<b>60</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho aborda uma questão de extrema relevância para o Direito e que vem ganhando visibilidade nos últimos anos: a Violência Obstétrica. Esta expressão conceitual se refere a diversos tipos de más condutas praticadas por profissionais de saúde em relação à gestante, tanto no que tange aos aspectos físicos, quanto emocionais/psicológicos. Após a divulgação do estudo realizado pela Fundação Perseu Abramo, em 2010, ficou demonstrado que 25% das mulheres que pariram no Brasil já sofreram violência obstétrica.

Tal estatística aponta uma triste realidade: a assistência ao parto, principalmente o parto normal, no Brasil, ainda é bastante ineficiente. Este resultado, mais do que um número, mostra que milhares de mulheres, no momento mais delicado e intenso da vida, experimentaram uma situação dolorosa – física e mentalmente-, frustrante e humilhante.

Sendo assim, a abordagem desta temática se mostra importante e urgente para as ciências jurídicas, tendo em vista que no Brasil, segundo a pesquisa “Nascer no Brasil, Inquérito nacional sobre parto e nascimento”, o modelo medicalizado de nascimentos, no qual ocorre excesso de intervenções durante parto (medicamentos para indução ou aceleração do parto, amniotomia, anestesia, episiotomia), e principalmente a cesariana desnecessária, tiveram como uma das suas consequências o aumento na taxa de nascimentos prematuros e da judicialização de demandas oriundas do parto (FIOCRUZ, 2012), tendo em vista a conduta dos profissionais de saúde e suas consequências na vida dessas mulheres.

Assim, tendo em vista a importância temática, faz-se necessário uma análise mais acurada dos pormenores da assistência ao parto no Brasil, assim como uma análise dos motivos que levam uma equipe de saúde, representada, neste trabalho, pela figura do médico obstetra, a agir de forma a gerar dano físico ou psíquico numa mulher gestante usuária tanto do Sistema Único de Saúde, quanto da Rede Privada.

Para tanto, este trabalho estrutura-se em quatro partes. A primeira, retratando um pouco da história do parto, traçará o caminho que retirou o parto do protagonismo da mulher. Desde a assistência que era dada pelas parteiras, até o modelo baseado, excessivamente no uso da tecnologia e centrado no médico. Da transformação do corpo da mulher em objeto de conhecimento científico masculino.

O segundo capítulo está dividido em duas partes: a primeira traz à lume a violência obstétrica em si. Apontará as principais condutas prejudiciais, produzidas e reproduzidas sem amparar-se em evidências científicas. A violência psicológica, física, o surgimento e a vasta utilização da expressão violência obstétrica. A segunda, abordando os aspectos de violações

aos direitos da mulher, mostrará que a violência obstétrica é uma violação aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, trazendo os principais documentos internacionais e nacionais para demonstrar o nível de descumprimento destes direitos, que são, sobretudo, direitos humanos.

O terceiro capítulo dará enfoque jurídico à violência obstétrica. Divide-se em três partes. A primeira, a partir da perspectiva da responsabilidade civil, tem como objetivo deslocar a violência obstétrica do manto do erro médico. Sabe-se que ambas podem ocorrer de forma concomitante, inclusive. No entanto, enquanto tal movimento não for realizado, a voz da mulher gestante, enquanto vítima de uma violência, muitas vezes causada propositalmente, na tentativa de diminuí-la enquanto sujeito de direitos, não será ouvida. O segundo tópico recorre ao Código Penal para demonstrar que, embora não haja legislação específica tipificando a violência obstétrica enquanto tal, as condutas violentas perpetradas pelo profissional de saúde podem vir a ser enquadradas em algum dos crimes delineados no decorrer deste trabalho. A terceira parte, intitulada de “como proceder em casos de violência obstétrica” nada mais é do que um guia rápido, que objetiva trazer orientações básicas à mulher ou alguém que sofreu ou presenciou caso de violência obstétrica.

Esta estrutura é a que ajudará a analisar a ocorrência da Violência Obstétrica no Brasil, principal objetivo deste trabalho. Ademais, também é a partir dela que a hipótese de enxergar-se a VO como violação aos direitos sexuais e reprodutivos se torna possível, uma vez que reafirma a importância da mulher em retomar o protagonismo do seu processo gestacional. Outrossim, permitirá discorrer sobre os elementos da responsabilidade civil do médico nos casos de Violência Obstétrica, mostrando que, em alguns casos, a conduta não pode estar amparada sob o erro médico, pois configura erro do médico, quando fere seu código de ética e maltrata sua paciente. Também servirá ao objetivo de identificar os crimes já previstos no CPB que podem ser aplicados aos casos de Violência Obstétrica.

Trata-se de pesquisa multidisciplinar que, por sua natureza, não pode ser limitada a apenas um viés metodológico. Assim, é pesquisa exploratória, a fim de tornar o fenômeno em estudo mais claro, envolvendo levantamento bibliográfico e documental, assim como entrevistas não padronizadas, relatos de casos, entre outros. É majoritariamente qualitativa, mas também explorará os resultados de pesquisas estatísticas e da assistência ao parto no Brasil, com o intuito de reiterar a Violência Obstétrica como uma realidade bastante presente atualmente em nosso país e como uma das violências contra a mulher mais naturalizadas.

## **2. A LINHA DO TEMPO DO NASCIMENTO – DE CASA PARA O HOSPITAL, DA MULHER PARA O MÉDICO, DO NATURAL PARA O TECNOLÓGICO.**

Não é possível analisar tema tão complexo e delicado como é o da violência obstétrica sem antes investigar o evento parto e seus aspectos nos diferentes períodos históricos. Aceitar (ou negar a existência) (d)a violência obstétrica como evento dado é renegar um passado importante e perpetuar o modelo médico hospitalar como sendo o único existente e adequado, o que não é verdade.

Sabe-se que o parto passou por transformações drásticas no decorrer dos tempos. De um evento que envolvia o simbolismo feminino e as parteiras a um evento médico; da não medicalização à medicalização; do natural ao controlado; do domicílio ao hospital. Assim, procurar entender como o parto, visto como evento natural da fisiologia feminina transformou-se de um saber exclusivamente de mulheres em um evento completamente medicalizado e, por tempos masculino, é imprescindível para entender o atual contexto no qual ocorre a violência obstétrica.

De acordo com Maldonado (2002), o parto, até o século XVII era considerado um assunto de mulheres, com a presença de uma parteira experiente e, geralmente, da mãe da mulher gestante. Os nascimentos aconteciam no ambiente privado do lar e, geralmente, não havia presença de homens na cena de parto (SENA, 2016). Normalmente, “os médicos eram chamados apenas ocasionalmente, em casos de partos difíceis, mas, ainda assim, nesta época, o poder de decisão continuava sendo da mulher, sua família e/ou amigas” (HELMAN, 2003, p. 159 *apud* VENDRÚSCULO e KRUEL, 2016, p.98). Para Martins, “a própria etimologia da palavra inglesa para obstetrícia, *midwifery*, que no inglês antigo significa ‘entre mulheres’ ou ‘com mulheres’” revela o caráter feminino e íntimo do parto. (MARTINS, 2004, p.69)

Foi durante o período Iluminista que houve a necessidade de provar, cientificamente, eventos naturais e cotidianos da vida. Assim, a habilidade e os conhecimentos das parteiras, calcados no popular, precisaram passar pelo crivo de comissões municipais e eclesiásticas da época. (VIEIRA, 2002).

Vale destacar que algumas parteiras europeias, na época,

[...] ficaram muito famosas por sua capacidade e perícia, publicando manuais de partos que foram tão ou mais importantes do que os manuais dos cirurgiões, ou então, deixaram registrada em diários a experiência de uma vida inteira dedicada à parturição. O primeiro texto escrito por uma parteira foi *Observations Diverses Sur la Sterilité, Accouchements et Maladies de Femmes et Enfants Nouveau-né*, publicado em 1609 por Louise Bourgeois. O livro fez muito sucesso, sendo traduzido para o alemão e o holandês e muito citado pelos cirurgiões ingleses. Ela aprendeu o ofício com seu marido e com Paré, que foi seu mestre na arte, o que demonstra que muitas vezes parteiras e cirurgiões aprenderam uns com os outros. Tão importante quanto Louise Bourgeois foi a parteira alemã Justine Siegemund, que viveu no século XVII e também escreveu um livro expondo seus conhecimentos obstétricos. (MARTINS, 2004, p.73)

É importante destacar que o papel destas mulheres, as parteiras, foi de fundamental importância na história do nascimento, da assistência ao parto e à mulher. No entanto, também é importante destacar que, em muitas assistências, principalmente às mulheres mais pobres, havia maior probabilidade de, caso houvesse complicações decorrentes do parto, parteiras sem qualificação colocarem em risco a vida da mãe e do bebê.

É que havia uma distinção entre as parteiras qualificadas e supervisionadas das cidades e as parteiras tradicionais do campo, as chamadas “comadres”. “Com certeza, as profissionais eram até mais qualificadas que os cirurgiões, entretanto, as críticas a respeito de seus perigosos procedimentos foram destinadas a elas, bem como às ‘comadres’ que atendiam as mulheres pobres” (MARTINS, 2004, p. 75).

De fato, não faz sentido e nem é o objetivo deste trabalho abordar, de maneira maniqueísta, a relação –muitas vezes conflituosa- das “parteiras *versus* médicos”. No entanto, na maior parte da bibliografia a que se teve acesso, são elas que configuram como sendo as principais atrizes da assistência ao parto, do tratamento íntimo e mais humanizado às parturientes.

Relato trazido por Martins (2004) mostra que, embora houvesse forte demanda médica de apropriação do parto pela medicina, houve, pelo lado de parcela da clientela, algumas reações moralistas em relação à presença de cirurgiões, homens, na cena do parto:

[...] muitos homens e mulheres continuavam defendendo que o parto deveria ser conduzido pela parteira. A presença do cirurgião no momento do parto parecia, para muitos maridos, algo extremamente ofensivo para o pudor de suas esposas, como também havia uma certa desconfiança quanto à sinceridade das intenções dos cirurgiões, que podiam se aproveitar da situação para seduzir as mulheres. (MARTINS, 2004, p.76)



Outrossim, Sena (2016), ao elencar os fatores que contribuíram para o desgaste do papel da parteira e o aceleração da legitimação do médico com formação foi o período das caças às bruxas, ocorrido entre os séculos XIV e XVII. Spink (2013 *apud* Sena, 2016), afirma que as parteiras causavam incômodo e afronta às autoridades da época por atuarem de modo a exercer uma assistência efetiva, vez que davam conselhos e amenizavam a dor do parto numa época em que se acreditava que a mulher deveria sofrer a expiação do pecado original.

Desta forma, com a mudança da visão de mundo, da própria Medicina, e os novos conceitos oriundos de uma concepção cada dia mais científica, foi “aberta a porta de saída” da parteira do domicílio da parturiente, em meados do século XVII. O próximo passo seria, tão logo, o da transformação da medicina como saber supremo em relação aos corpos, assim como o fortalecimento da ciência médica como ferramenta de controle social.

Martins (2004) afirma que a história oficial da medicina era um instrumento necessário ao processo de profissionalização e construção do *status* do médico, no qual não cabiam concessões a outros saberes e práticas concorrentes. De fato, não aceitar conhecimento multidisciplinar ainda é um comportamento preponderante na atuação de alguns médicos, ocorrendo, inclusive, em relação aos próprios colegas de profissão.

Outro elemento indispensável ao distanciamento do parto da mulher chama-se fórceps obstétrico. O instrumento foi criado no século XVII pelos cirurgiões da família Chamberlein, na Inglaterra, e posteriormente aperfeiçoado por cirurgiões franceses e pelo inglês Smellie (MARTINS, 2004). Ademais, afirma a mesma autora, que a invenção e utilização de instrumentos obstétricos como o fórceps aconteceu ao mesmo tempo em que iniciou a maior atuação dos cirurgiões na cena do parto (MARTINS, 2004, p.77).

De acordo com Osava e Mademe (1995), “o uso do fórcepe (*sic*) obstétrico influenciou a aceitação da obstetrícia como uma disciplina técnica, científica e dominada pelo homem, pois instaurou o conceito de que é possível comandar o nascimento e que o parto era perigoso, sendo imprescindível a presença de um médico” (OSAVA e MADEME, 1995 *apud* NAGAHAMA; SANTIAGO, p. 655).

Luz e Gico (2015 *apud* SENA, 2016), afirmam que, tendo em vista as condições econômicas de adquirir o equipamento e sendo percebidas como seres intelectualmente inferiores aos homens, incapazes de adquirir novas técnicas, as parteiras passaram a rejeitar a utilização do instrumento. Sendo assim, os cirurgiões iluministas propagavam a imagem da

prática obstétrica instrumental com a ideia de competência e superioridade em relação às parteiras (MARTINS, 2004).

Neste interim, é de suma importância destacar o contexto sócio econômico em que estavam inseridas todas estas transformações. Sena (2016) mostra que,

concomitante à necessidade de apropriação do saber relacionado ao parto e nascimento como estratégia para a instrumentalização da medicina, Estado e Igreja também se viam beneficiados, àquela época histórica, com a retirada do parto das mãos das parteiras. O objetivo e interesse de ambas as instituições em regulamentar e controlar a prática e o conhecimento sobre parto estão relacionados ao crescimento e fortalecimento da sociedade capitalista e da necessidade de ampliação da força de trabalho e da força de defesa. (SENA, 2016, p 34).

De fato, o modelo capitalista, tendo como motor a força de trabalho, exigia corpos saudáveis e em número adequado para que pudesse desenvolver-se enquanto modelo predominante. E aqui, mais uma vez, o papel do médico também se coloca como instrumento capaz de alimentar as engrenagens do modelo.

Rosen (1983) comenta como os médicos voltaram-se para os problemas de saúde pública visando a desenvolver ações controladoras, como a formação e a supervisão das parteiras, a regulamentação da profissão médica, obras de saneamento e a construção de hospitais. Desenvolveram igualmente uma série de regulamentos sobre o bem-viver das pessoas, incluindo os hábitos alimentares, o vestuário, o lazer, a higiene pessoal, a habitação, o ambiente de trabalho, a vida sexual, enfim, um conjunto bastante heterogêneo de regulamentações que foram incorporadas a um novo campo do saber e da prática médica que dominou o século XIX: a higiene.

A percepção de que o crescimento populacional e a riqueza das nações dependiam das boas condições de saúde foi determinante para o processo de profissionalização e legitimação do saber médico. Com a transformação dos problemas de saúde pública em assuntos administrativos dos Estados, o papel dos médicos passou a sofrer transformações – estes passaram a ser responsáveis não só pelo tratamento de indivíduos doentes como também pelas condições de saúde de toda a população. (MARTINS, 2004, p. 80)

A relação entre os médicos e as gestantes buscava modificar os hábitos da gestante, tendo em vista que apenas através dela era possível o nascimento. Assim, também foram instruídas cada vez mais sobre os cuidados com os seus filhos. “A valorização da mulher como mãe, foi, sem dúvida, uma estratégia bem sucedida que contribuiu para a entrada do médico na vida privada, tornando-o uma espécie de conselheiro sobre vários aspectos da vida familiar” (MARTINS, 2004, p.81).

Com relação cada vez mais íntima, os médicos foram, aos poucos, transformando-se em especialistas em gravidez, em parto, em puerpério e nos cuidados com o recém nascido. Assim “nasceu” o obstetra. A obstetrícia, embora dedicada, primordialmente, à mulher gestante, é uma especialidade médica órfã, “filha apenas do pai<sup>1</sup>”.

Como afirma Martins (2004), “a obstetrícia se constituiu como um saber anatômico, lançando um olhar em profundidade para o interior da pélvis feminina, dissecando o útero, os ovários, as trompas, os músculos e os ossos” (MARTINS, 2004, p. 89). Esse conhecimento fragmentador do corpo feminino permitiu, ainda mais, a exclusividade do conhecimento científico médico como o saber supremo dos corpos.

Dessa forma, permitiu-se uma maior intervenção masculina e a posterior substituição do modelo não intervencionista pela ideia do parto como um ato necessariamente controlado pelo médico (homem), introduzindo a ideia de que parir era perigoso, sendo, por isso, imprescindível a presença de um médico (SENA, 2016, p. 35 *apud* LUZ E GICO, 2015, p. 477).

“Foi justamente o discurso do risco e a reconceitualização do normal como anormal que atuou como pivô para o sucesso do parto como ato médico”. (SENA, 2016, p.36 *apud* OAKLEY, 1980; VIEIRA, 2002; CAHILL, 2001). Corroborando esta ideia, ARRUDA (1989) aponta que

[...] as modificações definitivas na assistência ao parto ocorreram a partir do século 17 quando se descobriu o mecanismo da ovulação, pois o entendimento de que a mulher possuía uma estrutura mais delicada do que a do homem levou à percepção do parto como perigoso para a saúde e que a medicina deveria protegê-la. O modelo cartesiano do dualismo mente/corpo evoluiu para o corpo como uma máquina, sendo o corpo masculino considerado o protótipo desta máquina e o feminino um desvio do padrão

---

<sup>1</sup> Sorano de Éfeso (98 a 138 d.C.), que pode ser considerado o pai da Ginecologia e Obstetrícia, estudou e praticou medicina em Alexandria, e depois foi exercer seu trabalho em Roma, no reinado de Adriano. Há quem o considere somente inferior, em importância para a história da medicina, a Hipócrates e a Galeno. Escreveu uma biografia de médicos, podendo ser por isso considerado o primeiro autor de uma história da medicina. Seu principal trabalho, *Gynaecia*, em 4 volumes, tem duas cópias ainda hoje preservadas, sendo uma delas na biblioteca do Vaticano. Nele descreve detalhadamente o aparelho genital feminino e as formas de evitar a gravidez, como o bloqueio do colo do útero com algodão, unguentos ou substâncias gordurosas. Apresentou várias causas que poderiam provocar a suspensão da menstruação, a amenorreia, e que poderiam ser consequência desde a amamentação até infecções genitais. Sua obra foi escrita principalmente para as parteiras. Foi o introdutor da cadeira de parto, que tinha apoios para os braços e as nádegas e uma abertura em forma de crescente. Recomendou determinados procedimentos para os partos difíceis, especialmente nos casos em que o cordão umbilical se apresenta antes do feto. Detalha ainda a maneira de conduzir o parto nas apresentações anormais do feto, incluindo o que se considera sua maior contribuição, ou a versão Podália. Nesse tipo de conduta, recomenda que a parteira, ou o médico que assiste a gestante, delicadamente mova com a ajuda da mão, no interior do útero, o feto de maneira a que os pés saiam antes do restante do corpo. Descreveu, ainda, como fazer frente às eventuais complicações do parto, e também abordou temas ligados à Neonatologia e à Pediatria.

masculino, considerado hereditariamente anormal, defeituoso, perigosamente imprevisível, regido pela natureza e carente do controle constante por parte dos homens. (ARRUDA, 1989 *apud* NAHAGAMA; SANTIAGO, 2005, p. 655)

Logo a parturiente passou de sujeito a objeto, seu corpo agora transformado em uma máquina da qual se obtém o “produto” bebê, o qual deveria ser completamente protegido. De acordo com Cordeiro e Salbatino (1997) e Hassen (1998),

com o parto sendo realizado no ambiente hospitalar, a mulher perde a autonomia, inclusive, da escolha da melhor posição de parir, uma vez que passa a ser ditada também a posição em que as mulheres deveriam parir, elas teriam que ficar em posição de litotomia, para ser mais confortável ao médico na utilização de seus instrumentos (MARTINS, 2004, p. 98 *apud* CORDEIRO; SALBATINO, 1997; HASSEN, 1998)

Helman (2003), aprofunda, explicitando o distanciamento provocado pela medicalização do nascimento. Ele se refere à tentativa de “domesticar o incontrolável”, de forma que sua homogeneização fosse sentida como prática cultural, como forma de ser e proceder, naturalizando a ideia de parto hospitalar e com intervenção médica o padrão ouro de tratamento para todas as mulheres gestantes.

Transformar uma prática em um costume, uma cultura, diminui as tentativas de questionamentos, acomoda algumas justificativas importantes de serem objeto de reflexão. No caso dos nascimentos, se, por um lado, a obstetrícia possibilitou que algumas situações de risco no parto, que pudessem resultar na morte da parturiente ou seu bebê passasse a ser mais seguro, tendo em vista que seriam realizados em hospitais e com equipes especializadas em situações de risco no nascimento, por outro lado, afirma Spink (2013), a recomendação para que todos os partos fossem hospitalizados e medicados, acarretou no distanciamento da parturiente de sua família (SPINK, 2013 *apud* SENA, 2016, p. 99).

Os médicos do final do século XIX já conheciam melhor o mecanismo do parto e estavam equipados com instrumentos e técnicas cirúrgicas para resolver partos complicados. Os hospitais já não eram mais os espaços lúgubres e mal cheirosos que tanto pavor causavam às mulheres. Maternidades equipadas e organizadas sob o princípio da assepsia, voltadas principalmente para o atendimento de mulheres pobres e das classes trabalhadoras, começavam a se tornar indispensáveis nos centros urbanos (MARTINS, 2016, p.66)

Não bastasse a recomendação de hospitalizar o parto, de fragmentar o corpo da mulher e de não encontrar óbice para monopolizar o conhecimento do processo de nascimento,

também ocorreu a ampla propagação da ideia do parto como algo patológico. Desta maneira, afirmam Brubaker e Dillaway (2009) que, “se um processo biológico natural – o parto – pode ser compreendido como ‘doença’, então seu controle ganha legitimidade. E esse controle acontece por meio da medicalização” (BRUBAKER E DILLAWAY, 2009 *apud* VENDRÚSCULO e KRUEL, 2015, p. 38).

No Brasil, foi em meados do século XIX que ocorreu a ruptura no modelo de parto. De uma só vez a tradição do parto domiciliar atendido por parteiras transformou-se em grave empecilho à instrumentalização do parto e à institucionalização dele. É que, sendo atendidas por outras mulheres em suas casas, poucas restavam para serem atendidas em ambientes hospitalares (VENDRÚSCULO e KRUEL, 2016). Assim, como treinariam as técnicas, como utilizariam seus instrumentos, como desenvolveriam tecnologias para o parto (aquele evento patológico e perigoso que necessitava de intervenção médica)? Em suma, como legitimariam o discurso de defesa e hospitalização do parto?

Percebe-se, então, que o grande esforço dedicado, no Brasil do século XIX, para que os partos domiciliares fossem suprimidos e transformados em hospitalares não foi movido pelo objetivo de reduzir as mortes maternas, mas sim, como afirma Sena (2016), com o objetivo de consolidar o controle masculino da prática médica científica, o desenvolvimento tecnológico e a consolidação da medicina moderna. Tudo isto concorreu para a transformação dos “processos antes compreendidos como saudáveis, normais e naturais em processos socialmente construídos como patológicos, anormais e não naturais, necessitando, no mínimo, de monitorização contínua” (SENA, 2016, p. 38 *apud* RIESSMAN, 1983; BRUBAKER E DILLAWAY, 2009).

Percebe-se que após tantas e profundas mudanças em relação ao nascimento, o parto passou a ser visto como uma linha de produção e o corpo da mulher como uma máquina de parir, resultado do padrão industrial e masculino (SENA, 2016). Tal afirmação pode soar um pouco exagerada se não nos despiremos das lentes da naturalização de um processo extremamente íntimo e familiar. Aqui, ainda, há mais uma transformação. É que, sendo visto agora como evento médico, arriscado e necessariamente hospitalar, o parto passou a ter como protagonista o médico, “o qual passa a ter total autonomia para lançar mão de diferentes tipos de intervenções obstétricas” (SENA, 2016, p. 38 *apud* DOMINGUES ET AL, 2004).

Tudo isso em razão do constante estudo científico, o qual acabou construindo a imagem do corpo da mulher como um objeto, objetivo e desimpedido, de forma a torna-lo

algo totalmente inteligível. A mulher, em relação ao corpo dela, era alguém que simplesmente não o conhecia. Como aponta Martins (2016),

o estudo científico do parto produziu esta representação geométrica do corpo da mulher, totalmente visível e cada vez mais sujeito a intervenções sobre as quais ela não tinha conhecimento nem controle. A linguagem também não lhe era acessível – as dores tornaram-se ‘pródromos’; a moleira passou a ser chamada ‘occiput’; coroar a cabeça – um dos tempos do parto – passou a ser ‘engajamento’ na linguagem obstétrica, e assim por diante. (MARTINS, 2016, p.90)

Ademais, ocorreu o que Diniz e Duarte (2004) chamam de “mudança estética” do parto. Enraizou-se o pensamento predominante do parto como sendo algo arriscado, desagradável, repugnante, assustador e humilhante, “além de representar um assalto cirúrgico às partes íntimas [...] ou como um pesadelo a ser evitado [...] uma patologia a ser remediada por meio de uma sequência de intervenções – ou a ser prevenida por meio de uma cesárea” (DINIZ e DUARTE, 2004 *apud* VENDRÚSCULO e KRUEL, 2016, p. 40).

Sob estas condições, ficam visíveis os valores intrínsecos ao modelo de assistência ao parto na atualidade, denominado por Davis-Floyd (2001) como modelo obstétrico tecnocrático. Junte-se a ele o terror implantado na mente da mulher sobre o trabalho de parto e daí o resultado da equação que fortalece cada vez mais a necessidade de ajuda externa, a exaltação do excesso de tecnologia e o deslocamento do verdadeiro problema, qual seja, o da assistência ao parto:

Nosso sistema médico reflete esse sistema de valores essenciais: seus sucessos são fundados na ciência, efetuados pela tecnologia, e realizados por meio de grandes instituições governadas por ideologias patriarcais em um contexto econômico orientado pelo lucro. Entre esses valores essenciais, tanto na medicina quanto na sociedade mais ampla, a tecnologia reina suprema. Como tem se tornado claro por mais de 20 anos, a maior parte dos procedimentos obstétricos de rotina tem pouco ou nenhuma evidência científica que as justificam. Eles são rotineiramente realizados não porque fazem sentido científico, mas porque fazem sentido cultural<sup>2</sup>. (DAVIS-FLOYD, 2001, p.S5/S6)

Os reflexos do modelo tecnocrático podem ser observados no comportamento da própria gestante, desde o pré natal. Pelo fato de confiar quase que integralmente no médico

---

<sup>2</sup> Our medical system reflects that core value system: its successes are founded in science, effected by technology, and carried out through large institutions governed by patriarchal ideologies in a profit-driven economic context. Among these core values, in both medicine and the wider society, technology reigns supreme. As has been clear for over 20 years, most routine obstetrical procedures have little or no scientific evidence to justify them. They are routinely performed not because they make scientific sense but because they make cultural sense.

assistente, a maioria das gestantes aceita, de forma passiva, todas as informações que lhes são dadas. Pelo fato de terem aderido ao modelo tecnocrático de nascimento, geralmente não há questionamento sobre procedimentos ou intervenções médicas e/ou hospitalares.

Isso porque já introjetaram, mediante a cultura hegemônica do parto medicalizado amplamente inserida na sociedade atual, que essas tecnologias e intervenções fazem “parte” do evento de parir e nascer, aceitando-as como “naturais”. De fato, o parto medicalizado é tão “lugar comum” para as mulheres nos dias atuais que é encarado como “natural” por elas (SENA, 2016, P.38 *apud* BRUBAKER E DILLAWAY, 2009), numa completa inversão promovida pela concepção medicalizante que substituiu a visão do parto como evento integral, parte do repertório das mulheres que o decidem viver (SENA, 2016, p. 38)

Destaca-se aqui que, muitas mulheres gestantes que buscam informações, que leem, se instruem e tentam dialogar o “dialogável” no que tange ao conhecimento técnico sobre a gestação, encontram profissionais que não estão muito abertos a maiores explicações. Sendo assim, as “escolhas” livres e consentidas da gestante estariam “contaminadas” pelas escolhas prévias de seus médicos. Consequentemente, o parto também estaria.

É que a idolatria que circunda o saber médico hospitalar que marca o cenário obstétrico atual traz consigo a formação de profissionais que “herdaram” da história do parto as ferramentas necessárias para continuar conduzindo o “fazer nascer” de acordo com seus interesses e necessidades. Basta analisar, por exemplo, a taxa de partos cesáreos que ocorrem no Brasil atualmente. Enquanto a Organização Mundial de Saúde preconiza uma taxa entre 10% e 15%, o Brasil desponta com uma taxa de pouco mais de 50% no setor público, chegando à casa dos 80% no setor privado.

A aceitação irrestrita da tecnologia no evento do parto, bem como a idolatria à ciência e à medicina, que leva a sociedade a agir em prol do interesse da indústria farmacêutica e de equipamentos médicos, além de marcar definitivamente a assistência obstétrica atual, faz com que a autonomia das mulheres e o livre direito de decidir sobre si e sobre seu corpo sejam substituídos pelo interesse da medicina e do capital (DAVIS-FLOYD, 2001; LUZ E GICO, 2015 *apud* VENDRÚSCULO e KRUEL, 2015, p. 41)

Relato pessoal da autora deste trabalho, quando, em uma das consultas de pré natal, tentou conversar sobre os tipos de parto, sobre suas preferências e escutou um sonoro “a gente conversa sobre isso depois” e o depois não veio satisfatoriamente. Ou quando tentou conversar sobre a vontade de ter um parto domiciliar e escutou um sonoro “você não é índia”, “isso é coisa de mulher alienada”, “nem venha me falar em doula”, entre outras frases

“motivacionais” para quem teve uma gravidez extremamente saudável e que precisou esconder as preferências de parto para que não houvesse prejuízo durante o pré natal. Para que o desejo de um parto natural, sem intervenções desnecessárias e com todo o respeito que o nascimento merece, acontecesse. Destaque-se que tal situação ocorreu na rede privada de saúde.

Uma vez mais, reafirma-se a importância de delinear como a experiência da assistência ao parto mudou substancialmente. Se, por um lado, a tecnologia está completamente enraizada no cotidiano das sociedades modernas, fato é que muito do seu instrumental pode ser dispensável quando se fala em nascimento. De fato, muitas mães e bebês foram salvos pelos reflexos de um diagnóstico rápido ofertado pelo médico e suas ferramentas de trabalho, no entanto, a massificação do parto decorreu do comportamento excessivo do uso do instrumental tecnológico, além da propaganda negativa à via natural.

É inegável a organização social proporcionada pelo avanço do conhecimento científico da medicina. No entanto, seus excessos não podem configurar apenas como números em estatísticas, nem ultrapassarem o limite do aceitável em termos de conduta médica. A Violência Obstétrica reside, justamente, nas entrelinhas desta conduta.



### **3. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: NEGAÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS E DOS DIREITOS REPRODUTIVOS E SEXUAIS DAS MULHERES**

A gestação, certamente, é um dos momentos mais marcantes na vida da mulher que, por algum motivo, opta por ter filhos. Deveria, então, ser caracterizada pela ansiedade positiva da espera e pela imensa felicidade da chegada de um novo ser na vida da família. Assim, pela intensidade do momento e pela grandeza da vida, espera-se que o respeito ao processo de nascimento, ao nascituro, à mãe e à família sejam os pilares nos quais devem estar sustentadas todas as condutas dos profissionais de saúde.

No entanto, infelizmente, a experiência da gestação, do parto e do puerpério, para muitas brasileiras, ficou (e ainda fica) marcada por algum tipo de violência. Ao invés de serem protagonistas das suas próprias histórias, muitas mulheres passam por uma experiência traumática, sendo, muitas vezes, agredidas e desrespeitadas. Essa violência, por sua vez, partiu dos profissionais de saúde, dos quais se espera o atendimento diametralmente oposto, qual seja, o de dispensar à gestante e ao nascituro a forma mais humanizada e respeitosa possível no atendimento.

Estudo da Fundação Perseu Abramo, intitulado “Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Públicos e Privados”, de 2010, entrevistou 2.365 mulheres em 176 Municípios, revelou que uma em cada quatro mulheres (25% da amostra), sofreu algum tipo de violência no atendimento ao parto. Destaca-se, nesta Pesquisa, que este número abrange apenas aquelas mulheres que se reconheceram como vítimas de violência. Há ainda, muita subnotificação dos casos de VO<sup>3</sup>.

Foram apontadas como principais violências ocorridas as seguintes: realização de exame de toque de forma dolorosa; não ter sido disponibilizado algum tipo de alívio para a dor; gritos por parte da equipe; negação de informações sobre o procedimento que estava sendo realizado; negação de atendimento; xingamentos e humilhações.

Para Oliveira e Albuquerque (2018),

O parto hospitalizado responde a uma lógica industrial de produção, em que há uma série de prazos a serem cumpridos pelos profissionais, dentro de um período delimitado de tempo. Desta forma, se a mulher não concluir o trabalho de parto no tempo previsto, serão realizadas intervenções desnecessárias para que ela dê à luz no prazo determinado. (OLIVEIRA; ALBUQUERQUE, 2018, p.38)

---

<sup>3</sup> Violência Obstétrica

É justamente em relação à quantidade, qualidade e necessidade das intervenções médicas que paira a violência obstétrica. Some-se a isto a falta de informação da gestante, que vê nos profissionais da saúde as pessoas mais capazes de cuidar do seu corpo, muitas vezes mais que si própria. Some-se, ainda, a falta de atualização técnica por parte de alguns destes profissionais, os quais continuam praticando intervenções já proscritas, como é o caso, dentre outros, da manobra de *Kristeller*.

### 3.1. As diversas nuances da Violência Obstétrica no Brasil

O termo Violência Obstétrica, de acordo com Mascarenhas e Pereira (2017), começou a ser utilizado pelo obstetra venezuelano Dr. Rogelio Pérez D' Gregorio, presidente da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia da Venezuela. Tal fato, em meados dos anos 2000, mostrou-se de grande valor na busca do enfrentamento às práticas violentas no pré parto, parto e pós parto. O termo, muitas vezes generalizado, é usado para descrever desde a assistência ao parto excessivamente medicalizada, até a violência física contra a parturiente (PICKLES, 2015 *apud* OLIVEIRA; ALBUQUERQUE, 2018, p. 39).

Foi a partir de então que a luta pela eliminação e a punição desta forma específica de violência contra a mulher ganhou espaço e se tornou cada vez mais presente nas novas discussões sobre o tema. Embora funcione como um rótulo, o termo violência obstétrica é abrangente e, ao mesmo tempo, preciso o suficiente para determinar o liame fático, relacional e ambiental na qual ocorre.

É que o modelo obstétrico no Brasil ainda anula a autonomia corporal das mulheres, o que dá aso às diversas intervenções já enraizadas na cultura obstétrica nacional:

[...] as mulheres se submetem a tais procedimentos invasivos e violentos por acreditarem que existe uma real necessidade de intervenção e por confiarem que o médico e os demais profissionais da saúde que as assistem utilizam-nos para protegerem sua saúde e a do bebê. (OLIVEIRA; ALBUQUERQUE, 2018, p.38)

A VO, no Brasil, não possui definição específica. Tampouco existe lei federal criminalizando-a. No entanto, tem sido bastante difundido, no país, o conteúdo do *artículo 6*<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Artículo 6, e) *Violencia obstétrica: aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929.*

da *Ley de Proteccion Integral a las Mujeres* (Ley nº 26.485/2009), da Argentina, o qual traz a seguinte definição para a expressão em comento:

[...] a apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, causando a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente a qualidade de vida das mulheres (DPE-SP, 2013 *apud* ARGENTINA, 2009).

Para Freitas (2019),

[...] a violência obstétrica se configura como uma negação dos direitos humanos e dos direitos sexuais reprodutivos às mulheres. Ela compreende qualquer ato que venha provocar dano físico, emocional, psicológico a essa mulher fazendo com que a experiência do parto e do nascimento sejam sentidas de modo negativo. Ela ocorre desde o pré-natal até o pós-parto e tem relação direta com os profissionais que estão assistindo. Vale ressaltar que a violência obstétrica não é violência praticada apenas pelo médico obstetra, mas por qualquer pessoa dentro do campo da assistência, que vai da gravidez até o pós-parto. Pode ser pelo médico, enfermeiro, fisioterapeuta, por qualquer profissional que pratique dano a essas mulheres. (FREITAS, 2019)

Pode-se perceber, deste modo, que a VO não está limitada ao aspecto físico, mas também provoca consequências emocionais e psicológicas. No momento em que um profissional de saúde, qualquer que seja sua especialidade, trata, por livre e espontânea vontade, a mulher gestante de forma desumanizada, está praticando VO.

É de suma importância demonstrar que tais violências perpetradas à gestante não podem ser consideradas como única alternativa de tratamento, num discurso, por exemplo, de afirmar que a falta de estrutura hospitalar enseja esse tipo de comportamento. É cultura médica institucionalizada, aprofundada, ainda mais pelas mulheres gestantes que,

“[...] ou não se reconhecem como sujeitos de direito ou não compreendem intervenções e medicalizações excessivas como VO. Também muitas delas não compreendem as situações humilhantes que relatam como ofensa aos seus Direitos Sexuais e Reprodutivos” (VASCONCELOS, 2016, p. 16).

Na tentativa de enquadrar as condutas em tipos específicos de violência, o Dossiê “Parirás com dor”, elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência contra as Mulheres, no Senado Federal, em 2012, elaborou abordagem própria com o objetivo de delinear os diversos tipos de violência obstétrica a que as mulheres são submetidas no Brasil.

Dos atos caracterizadores da violência obstétrica: são todos aqueles praticados contra a mulher no exercício de sua saúde sexual e reprodutiva, podendo ser cometidos por profissionais de saúde, servidores públicos, profissionais técnico-administrativos de instituições públicas e privadas, bem como civis [...] (SENADO FEDERAL, 2012, p. 60)

O Dossiê reuniu inúmeros relatos de mulheres vítimas de algum tipo de violência durante a gestação e o parto, bem como levou em consideração as legislações de países como Argentina e Venezuela acerca do tema, tendo em vista a falta de produção técnica nacional em relação à VO.

Embora o dossiê acredite que devam figurar no grupo as pessoas que não sejam profissionais de saúde, a autora deste trabalho acredita que o grupo específico de profissionais de saúde perfaz o conjunto necessário e suficiente quando se pretende discutir sobre violência obstétrica, já que esta é uma espécie do “gênero” violência contra a mulher.

O Documento aponta que a VO pode assumir caracteres diferentes, a depender da situação. Ademais, também demonstra que pode ocorrer mais de um tipo de VO em um mesmo momento:

**Caráter físico:** ações que incidam sobre o corpo da mulher, que interfiram, causem dor ou dano físico (de grau leve a intenso), sem recomendação baseada em evidências científicas. **Exemplos:** privação de alimentos, interdição à movimentação da mulher, tricotomia (raspagem de pelos), manobra de *Kristeller*, uso rotineiro de ocitocina, cesariana eletiva sem indicação clínica, não utilização de analgesia quando tecnicamente indicada.

**Caráter psicológico:** toda ação verbal ou comportamental que cause na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança, dissuasão, ludibriamento, alienação, perda de integridade, dignidade e prestígio. **Exemplos:** ameaças, mentiras, chacotas, piadas, humilhações, grosserias, chantagens, ofensas, omissão de informações, informações prestadas em linguagem pouco acessível, desrespeito ou desconsideração de seus padrões culturais.

**Caráter sexual:** toda ação imposta à mulher que viole sua intimidade ou pudor, incidindo sobre seu senso de integridade sexual e reprodutiva, podendo ter acesso ou não aos órgãos sexuais e partes íntimas do seu corpo. **Exemplos:** episiotomia, assédio, exames de toque invasivos, constantes ou agressivos, lavagem intestinal, cesariana sem consentimento informado, ruptura ou descolamento de membranas sem consentimento informado, imposição da posição supina para dar à luz, exames repetitivos dos mamilos sem esclarecimento e sem consentimento. (SENADO FEDERAL, 2012, 60-61)

Afora estes três tipos acima transcritos e exemplificados, praticados especificamente pelo profissional de saúde, o Dossiê ainda elenca os caracteres institucional, material e midiático, os quais, não menos importantes, não figuram aqui por terem como atores pessoas que não sejam profissionais de saúde, não sendo objetivo deste trabalho discorrer sobre eles.

De fato, cada exemplo trazido reflete práticas que não podem continuar fazendo parte do arsenal dos profissionais de saúde. A manobra de *Kristeller*, por exemplo, segundo o Ministério da Saúde, pode ser definida como a pressão inadequadamente aplicada ao fundo uterino no período expulsivo. É considerada prática claramente prejudicial ou ineficaz e que deve ser eliminada por ser danosa, dolorida e ineficaz (CONSELHO REGIONAL..., 2014). Força a saída do concepto e não apresenta nenhum benefício para a mãe e para o bebê. No entanto, ainda é ensinada e realizada em 1/3 dos partos vaginais no Brasil (FIOCRUZ, 2018).

Complicações advindas desta manobra vão desde a dor abdominal persistente após o parto, até a fratura de costelas da mulher, além da possibilidade de ruptura do baço, do útero e do fígado (FIOCRUZ, 2018). Lesões perineais compatíveis com lacerações de alto grau também são passíveis de ocorrer.

Outro tipo de VO bastante praticada é a episiotomia de rotina. Esta acontece de maneira indiscriminada nas maternidades brasileiras. É o famoso “cortezinho para ajudar”. Verdadeiramente, a episiotomia é o corte da região perineal da mulher, o qual atinge pele, nervos e musculatura importantes da região entre vagina e ânus. Destaca-se que o Ministério da Saúde e a Organização Mundial de Saúde orientam que a episiotomia não deve ser prática de rotina, tendo em vista que não há evidências de seu benefício<sup>5</sup>.

[...] a episiotomia ou “pique” é uma cirurgia realizada na vulva, cortando a entrada da vagina com uma tesoura ou bisturi, algumas vezes sem anestesia. Pode provocar vários problemas que variam no que se refere à gravidade de 1º ao 4º grau. A episiotomia de rotina (praticada na maioria dos partos vaginais) pode causar maior perda de sangue, mais dor durante o parto, hematoma, maior risco de laceração do ânus (que pode causar incontinência fecal) (OLIVEIRA; ALBUQUERQUE, 2018, p. 40 *apud* FÓRUM DE MULHERES..., PARTO DO PRINCÍPIO, 2014). No Brasil, a episiotomia é, usualmente, realizada sem o consentimento da paciente e sem que ela seja informada sobre sua necessidade, seus riscos, seus possíveis benefícios e efeitos adversos (OLIVEIRA; ALBUQUERQUE, 2018, p. 40 *apud* BRASIL, SENADO FEDERAL, 2012).

É uma das violências mais naturalizadas e praticadas pelo médico obstetra e não traz benefício algum à mulher. Muitas delas mal sabem que estão sendo cortadas, sequer são consultadas sobre o procedimento, que precisarão ser suturadas e que a recuperação do parto precisará ser ainda mais bem assistida.

---

<sup>5</sup> *the lack of evidence on the effectiveness of episiotomy in general, and the need to discourage the excessive use of routine episiotomy across all settings, the GDG felt that it was important to emphasize that routine/liberal use of episiotomy is “not recommended”, rather than recommending the selective/restrictive use of episiotomy.* (WHO, 2018, p. 150)

Muitas mulheres retornam aos hospitais, posteriormente, com os pontos da episiotomia infeccionados, algumas demoram meses para se recuperar, para conseguirem sequer sentar, para reestabelecer a vida sexual. Além de toda a carga que carregam nos pós parto, da exaustão, da amamentação, ainda sofrem mais essa dor. Intervenção desnecessária e prejudicial à saúde da mulher, em seus mais diversos aspectos.

Em relação ao procedimento, há, ainda duas questões a serem pontuadas: a primeira é que a episiotomia, muitas vezes é a oportunidade que os residentes em Ginecologia e Obstetrícia têm para praticar a sutura perineal de maneira mais cômoda, tendo em vista que a sutura advinda de lacerações naturais não se apresenta de maneira linear. Por isso, na maioria das mulheres, antes mesmo de saber se haverá laceração decorrente do próprio parto, o padrão da rotina é o corte.

A segunda questão que se coloca é que a sutura da episiotomia, muitas vezes, é realizada além do necessário. Apelidada por alguns maus profissionais de “ponto do marido”, consiste nos pontos a mais que são dados para que a vagina da mulher possa assemelhar-se ao de uma vagina pré parto, ou seja, mais estreita. Tal situação escancara o machismo imbricado nas relações de poder e reafirma a situação de objetificação e submissão total do corpo feminino. Prioriza-se o prazer do homem, devendo ser preservado a todo custo, não importando a dor suportada pela mulher.

O uso de ocitocina<sup>6</sup> sintética também é prática comum nas maternidades brasileiras. Este aqui é popularmente conhecido como “sorinho”, tendo em vista que é ministrado à mulher através dele. De acordo com Amorim (2019), “esse sorinho aumenta a dor, diminui o oxigênio do bebê, aumenta a contração uterina e expõe essa mulher a um risco de hemorragia no parto”.

Serve para acelerar o trabalho de parto, aumentando em muito as contrações. Quando administrada sem real indicação<sup>7</sup>, também não apresenta nenhum benefício à parturiente, só traz mais dor e exaustão. É que, acelerar as contrações – quando desnecessário -, significa perder o controle de um processo natural.

---

<sup>6</sup> Também conhecido como o hormônio do amor, é o protagonista do parto.

<sup>7</sup> Informações apontadas na bula do medicamento apontam as seguintes indicações: antes do parto: indução do parto por razões médicas, como por exemplo, em caso de gestação pós termo, ruptura prematura das membranas, hipertensão induzida pela gravidez (pré eclâmpsia); estímulo das contrações em casos selecionados de inércia uterina; a ocitocina também pode ser indicada nos estágios iniciais da gravidez como terapia auxiliar do abortamento incompleto, inevitável ou retido. Após o parto: durante operação cesárea, depois da retirada da criança; prevenção e tratamento de atonia uterina e hemorragia pós parto.

Ademais, o trabalho de parto, como o próprio nome indica, é formado por uma série de acontecimentos, de fases, cada uma com sua importância, tanto para a mãe quanto para o bebê. Esperar o tempo do bebê é imprescindível para a sua saúde.

Outro tipo de VO que ganhou bastante visibilidade e vem sendo bastante discutida é a cesárea sem indicação clínica e contra a vontade da mulher.

De acordo com Amorim (2012),

[...] Além das condições financeiras, os determinantes das cesarianas são bastante complexos e podem incluir mitos e convicções dos médicos, bem como características sociais e culturais das pacientes. Um dos fatores associados com a banalização da operação cesariana é a percepção, tanto por médicos como por gestantes, de que o procedimento é seguro, apesar de aumentar os custos com a assistência obstétrica. Com a crescente tendência à prática de uma medicina defensiva, alguns profissionais podem mesmo associar a realização sistemática de cesarianas com menor risco de processos. (AMORIM, 2012)

A epidemia de nascimentos ocorridos por via cirúrgica no Brasil vem atingindo números cada vez mais alarmantes. Ultrapassa, em muito, a porcentagem estabelecida pela OMS, de ter incidência no máximo em 15% dos nascimentos.

De acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), no Brasil, 55,6% dos 2,9 milhões de partos realizados são cirúrgicos. Na saúde suplementar, essa distorção é ainda maior: 84,6% dos partos foram cesáreos em 2012. Grande parte dessas cesarianas é feita de forma eletiva, sem fatores de risco que justifiquem a cirurgia, e antes de a mulher entrar em trabalho de parto.

Quando se fala em cesárea como forma de VO, frise-se, está-se referindo ao meio cirúrgico quando é desnecessário, quando sua indicação não é real<sup>8</sup> ou quando é realizada contra a vontade da mulher. Sabe-se que a cirurgia, quando bem indicada, salva vidas e deve sim ser realizada. No entanto, quando tratada como a forma padrão de nascimento, apresenta riscos maiores do que benefícios.

Dados da Pesquisa “Nascer no Brasil” apontam que

[...] assim como outros procedimentos de alguma complexidade, a cesariana segue o padrão de desigualdade na atenção à saúde. No setor privado, a proporção de cesarianas é bem maior, chegando a 88% dos nascimentos. No setor público, envolvendo serviços próprios do SUS e os contratados do setor privado, as cesarianas chegam a 46%. A recomendação da OMS é para que as cesarianas não excedam 15% do total de partos, pois estudos

---

<sup>8</sup> De acordo com Amorim (2012), são indicações reais de cesariana: prolapso de cordão – com dilatação não completa, descolamento prematuro de placenta com feto vivo – fora do período expulsivo, placenta prévia parcial ou total, apresentação córmica (situação transversa) – durante o trabalho de parto (antes pode ser tentada a versão), ruptura da vasa *praevia*

internacionais vêm demonstrando os riscos das elevadas taxas de cesariana tanto para a saúde da mãe quanto a do bebê (FIOCRUZ, 2012)

É importante reiterar que o binômio intervenção e tecnologia, em matéria de parto, não garante a melhora nas taxas de morbimortalidade materna e neonatal. Segundo o Conselho Federal de Medicina, no Brasil, o índice de morte materna<sup>9</sup> em casos não-complicados é de 20,6 a cada 1000 cesáreas. Por outro lado, são 1,73 mortes para 1000 nascimentos de parto normal<sup>10</sup>.

Ainda de acordo com a ANS, a cesariana, quando não tem indicação médica, ocasiona riscos desnecessários à saúde da mulher e do bebê: aumenta em 120 vezes a probabilidade de problemas respiratórios para o recém-nascido e triplica o risco de morte da mãe<sup>11</sup>.

De acordo com Cavalcanti (2017),

[...] a mortalidade materna é a expressão mais brutal da violência e discriminação cometida contra as mulheres durante os seus ciclos reprodutivos, tanto que constitui indicador de desenvolvimento humano de uma sociedade. No entanto, é importante ressaltar que as mortes maternas são apenas a parcela que se mostra visível do problema da assistência obstétrica no Brasil; por trás de uma mulher que morreu, muitas outras quase morreram e mais ainda adoeceram física ou emocionalmente em decorrência da má assistência prestada (CAVALCANTI, 2017, p. 26).

Outros tipos de violência, não menos importantes das até agora explicitadas, como a tricotomia (raspagem dos pelos pubianos), a litotomia (posição horizontalizada na qual é orientada a permanecer durante o trabalho de parto), a repulsa da equipe por gritos ou vocalizações, a impossibilidade de alimentar-se, todas estas práticas atualmente ultrapassadas e sem evidências científicas<sup>12</sup>, por vezes, transformam o parto em um evento traumático tanto física quanto psicologicamente e caracterizam-se como Violência Obstétrica.

<sup>9</sup> “O conceito de morte materna define-se no óbito da parturiente, na gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término desta, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais” (OLIVEIRA; ALBUQUERQUE, 2018, p. 38 *apud* BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

<sup>10</sup> Alta taxa de cesáreas no Brasil é tema de audiência pública. Disponível em < <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/728-alta-taxa-de-cesareas-no-brasil-e-tema-de-audiencia-publica> > acesso em 03/08/2019

<sup>11</sup> Parto é normal. Disponível em < <http://www.ans.gov.br/parto-e-normal> > Acesso em 03/08/2019

<sup>12</sup> “As recomendações da OMS sobre a Medicina baseada em evidências e a relação com os movimentos de humanização do parto vêm justamente propor novas formas de pensar e fazer, abandonando práticas obsoletas e, consequentemente, aproximando a Medicina cada vez mais do indivíduo como um todo, que se sente mais autônomo e mais respeitado à medida que as relações se tornam mais acolhedoras e quando se diminuem as intervenções corporais desnecessárias ou sem evidências científicas, que violentam e fragilizam em momentos já tão fragilizantes” (AMORIM, 2015, p. 79)



É importante destacar, aqui, que o descumprimento da Lei do Acompanhante<sup>13</sup> (nº 11.108/2005) também configura-se como VO. Embora esta violação não incida diretamente sobre corpo da mulher, a falta de acompanhante de livre escolha da gestante, além de afetá-la emocionalmente, pode facilitar que quadros de violações físicas instalem-se no ambiente onde ocorrerá o parto.

A referida Lei, alterando lei preexistente (Lei 8.080/1990), garante às parturientes o direito à presença de acompanhante de sua escolha, durante o trabalho de parto, parto e pós parto imediato, no âmbito do SUS, da rede própria ou conveniada. Ainda assim, muitos hospitais e maternidades ignoram a Lei Federal, não permitindo a permanência do acompanhante, muitas vezes o pai da criança.

Em debate presidido na Comissão de Combate à Violência Contra a Mulher, em Junho de 2018, o médico e representante do Conselho Federal de Medicina, Etelvino de Souza Andrade, afirmou que parte da violência a que as gestantes vêm sendo submetidas se deve à falta de estrutura dos hospitais. Admitiu, inclusive, ser a maior razão para o não cumprimento da Lei do Acompanhante:

[...] alguns hospitais nem biombo têm. Se uma enfermaria tem três pacientes e nenhum biombo, como um homem vai ficar lá dentro e acompanhar o trabalho de parto de outras mulheres? São coisas que ainda precisam ser reestruturadas e pensadas no país. Não há acomodações suficientes e faltam insumos básicos, como leitos de UTI [...] (ANDRADE, 2018).

De fato, se por um lado não se pode nem se deve negar a realidade no que se refere à precariedade de algumas instituições públicas do país, por outro, também não se pode generalizá-la com o objetivo de naturalizar este discurso e torna-lo aceitável. Tal justificativa não pode nem deve continuar sendo óbice para o cumprimento da referida Lei Federal.

Tendo em vista que o nascimento é um acontecimento único e a presença de um acompanhante de escolha da gestante é direito reconhecido e garantido pelo Estado, o mínimo que se pode fazer pela mulher é garantir que não estará sozinha.

Outros motivos para justificar a ingerência da assistência ao parto e o cumprimento da Lei do Acompanhante, tais como, a falta de vestimenta adequada, a política do hospital e até a cobrança de valores extras (para aquelas da rede privada) fazem parte do rol de escusas para o

---

<sup>13</sup> Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. § 1º O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente. § 2º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo. (BRASIL, 2005)

não cumprimento da Lei. Assim, a gestante permanece sozinha, sem o alento de alguém que, por direito, deveria permanecer ao seu lado.

### **3.2. A Violência Obstétrica sob a perspectiva da violação dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos da mulher**

De acordo com Mattar (2008), foi em meados do século XVIII, no ápice do período renascentista, que o debate sobre a existência de dois sexos biológicos diferentes começou a ser considerado. Para a mesma autora, “foi o ambiente igualitário da Revolução Francesa que gerou uma reviravolta no modo de pensar a existência de homens e mulheres, tendo em vista a necessidade de, a partir do referencial da igualdade, desfazer a concepção de mulher como ser humano inferior” (MATTAR, 2008, p.65).

Explica-se, dessa forma, como a própria evolução do parto foi calcada na construção de um corpo feminino alheio à mulher. Além disso, percebe-se, também que a apropriação do corpo feminino pelo saber médico e necessariamente masculino, à época, tem raízes mais profundas, as quais seriam difíceis de serem removidas.

Enquadrar esta discussão – necessária-, na seara dos direitos humanos e, mais especificamente, na perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos é atender a uma demanda social que pretende desnaturalizar vários processos, dentre eles, o de perpetuar a imagem da mulher como alheia à sua própria estrutura.

Os direitos sexuais e reprodutivos fazem parte da chamada terceira dimensão dos direitos humanos, referindo-se aos valores de solidariedade. Villela (2003), utilizando-se do aporte teórico de Petchevsky (1999), afirma que o conceito de direitos sexuais é a grande novidade nos debates internacionais que discutem o significado e o exercício dos direitos humanos.

Para Villela (2003), seria o reconhecimento das diversas orientações sexuais e a legitimidade de suas expressões. Além disso, explicitaria “a íntima relação entre sexualidade e reprodução, sublinhando a produção cultural de símbolos, signos e interditos ligados à sexualidade num exercício de poder” (VILLELA, 2003, p. 136 *apud* Petchevsky, 1999).

De acordo com Wichterich (2017),

[...] o paradigma dos DSDR foi visto como fundamental para articular a visão do privado como algo político. Ao mesmo tempo, foi visto como além do estereótipo das mulheres como vítimas e, em vez disso, construí-las como portadoras de direitos que poderiam conter responsáveis estatais e não-estatais para a proteção e a observância dos direitos humanos. (WICHTERICH, 2017, p. 17)

É importante frisar, neste ponto, o longo caminho percorrido para que se firmasse a expressão e para que se respeitassem tais direitos enquanto direitos humanos. Mattar (2008) aponta que a construção dos direitos reprodutivos como direitos humanos foi feita historicamente por dois movimentos distintos: o populacional e o das mulheres.

Para a autora,

[...] o movimento populacional, durante a década de 60, chamado de neomalthusiano previu que se não fosse revertida a curva de crescimento populacional, o mundo se destruiria. Surgiram, à época, os estudos sobre as formas de se reduzir a fertilidade, que dão origem aos anticoncepcionais - hoje já bastante disseminados, como a pílula e o DIU. Os países do terceiro mundo ao desencorajarem o uso de contraceptivos tornaram-se uma ameaça à própria raça humana, fazendo necessária, com isso, a interferência externa, ou seja, internacional. Essa interferência tinha como único objetivo reduzir o crescimento populacional, não se preocupando de fato com as mulheres, sujeitos principais da atividade reprodutiva. A chegada dos métodos contraceptivos, que poderiam ser instrumentos de liberação feminina, já que separaram a atividade sexual da reprodução, passaram a ser vistos como um dispositivo de controle.

Tal e qual o movimento populacional, o movimento de mulheres, por sua vez, também tinha na reprodução um de seus elementos centrais. Entretanto, com outro foco: o controle da mulher sobre o seu próprio corpo, sua sexualidade e vida reprodutiva. O lema feminista da década de 70 “nosso corpo nos pertence” estava em clara oposição à interferência da Igreja e do Estado. (MATTAR, 2008, p.67 - 68)

É justamente neste ponto que ocorre a percepção da VO como violação aos direitos sexuais e reprodutivos. Embora um dos lados desse movimento esteja embasado por uma ideia puramente matemática, ao mesmo tempo, a luta do movimento das mulheres, ao lembrar à mulher que ela é portadora de direitos, de controle do seu corpo, faz com que ela saia de seu lugar de vítima e cobre proteção e compensações por possíveis danos sofridos.

Ademais, devolver o controle de seu corpo e a ela própria permite que goze de seus direitos reprodutivos e sexuais de forma plena, situação que torna a mulher mais firme e crítica em relação às orientações médicas recebidas durante a gestação. Ela passa de mera espectadora de seu processo biológico à peça central ao redor da qual deve girar toda a engrenagem médica hospitalar.

Para Mattar (2008),

Os direitos reprodutivos referem-se, resumidamente, ao direito de decidir livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos, bem como o direito a ter acesso à informação e aos meios para a tomada desta decisão. Já os direitos sexuais dizem respeito ao direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, coerção ou violência. (MATTAR, 2008, p. 61)

Neste ínterim, o termo VO, em meio à discussão sobre as violações dos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres, pode auxiliar no entendimento das causas maiores, com potencial para reformular o problema das intervenções excessivas, práticas abusivas não consentidas e clamar por novas ações<sup>14</sup> (SADLER et al., 2016, p. 51). De modo a evitar, por parte do profissional de saúde, que este exceda em seu comportamento e que venha a ser visto como alguém que agiu praticando VO, como alguém que violou direitos tão caros à mulher.

Embora já houvesse discussão acerca dos maus tratos sofridos pelas gestantes, foi a assunção da expressão Violência Obstétrica que trouxe à lume, de maneira cristalina, que há um grande problema na assistência ao parto. Utilizar-se da posição de poder para negar a urgência e a importância temática da VO atualmente em nosso país é um desserviço à sociedade. É continuar violentando, massacrando e suprimindo os direitos humanos, sexuais e reprodutivos da mulher.

Sabe-se que o direito à saúde foi reconhecido como direito fundamental desde a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948. De acordo com Piovesan (2012),

[...] a partir da Declaração de 1948, começa a se desenvolver o Direito Internacional dos Direitos Humanos, mediante a adoção de inúmeros instrumentos internacionais de proteção. Sob este prisma, a ética dos direitos humanos é a ética que vê no outro um ser merecedor de igual consideração e profundo respeito, dotado do direito de desenvolver as potencialidades humanas, de forma livre, autônoma e plena. É a ética orientada pela afirmação da dignidade e pela prevenção ao sofrimento humano. (PIOVESAN, 2012, p. 72)

Ademais, nossa Constituição Cidadã, em seu artigo 196<sup>15</sup>, também ocupa-se em proteger e garantir este direito. No entanto, pelo fato de a VO constituir-se como uma das formas mais invisibilizadas e naturalizadas de violência contra a mulher, por muitas vezes, não se enxerga a violação desse direito. Além de caracterizar-se como séria violação aos direitos humanos (SADLER et al., 2016), configura-se, conseqüentemente, como grave violação aos direitos reprodutivos e sexuais da gestante.

No que se refere a essa espécie de direitos, a Organização das Nações Unidas as definem da seguinte forma:

---

<sup>14</sup> Tradução livre do seguinte trecho: “*Obstetric violence is a useful concept that can help us better understand those macro-level causes, and has the potential to reframe the problem of overused interventions, non-consented care and abusive practices, and to trigger new calls for action*”.

<sup>15</sup> Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

[...] os direitos sexuais e reprodutivos visam à garantia da saúde sexual e reprodutiva das pessoas. Entende-se por saúde sexual um estado de bem-estar físico, emocional, mental e social em relação à sexualidade, enquanto a saúde reprodutiva diz respeito não apenas à capacidade de reprodução, como também à liberdade e ao acesso a informações, bens e serviços necessários para a tomada de escolhas informadas, livres e responsáveis no campo da sexualidade e reprodução (CAVALCANTI, 2017, p. 27 *apud* ONU, 2016, p.2).

Esta definição é bastante completa e torna ainda mais cristalina o quão graves são as violações perpetradas em termos de VO. Uma vez que não se protejam estes direitos, não se protege a própria sociedade. A VO não é apenas uma estatística, ela mina o planejamento familiar e fragiliza as regras que precisam ser, de uma vez, apreendidas pelos profissionais da saúde.

A Conferência sobre População e Desenvolvimento (CIPD), ocorrida no Cairo em 1994, enfatizou a necessidade de investir nas mulheres e meninas, tanto como um fim em si quanto como uma chave para melhorar a qualidade de vida de todos. Na mesma ocasião, afirmou-se a importância da saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar como condição prévia para o empoderamento das mulheres.

Foi também durante a Conferência que o movimento feminista conseguiu deslocar definitivamente a questão demográfica para o âmbito dos direitos reprodutivos (MATTAR, 2008). Na ocasião, foi definido que as políticas populacionais deveriam ser orientadas pelos direitos humanos e não apenas pelos números e estatísticas do controle populacional.

O Plano de Ação do Cairo, em seu ponto 7.3, aponta que

[...] os direitos reprodutivos abrangem certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais, em documentos internacionais sobre direitos humanos, em outros documentos consensuais. Esses direitos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, **e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência.** (ONU, 1994, p.62) (grifo nosso)

Decerto, a VO impede que o direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência seja plenamente exercido. Seja pelo acompanhamento pré natal, na qual o médico induz a paciente a, por exemplo, mudar a escolha da via de parto, pensando apenas na sua conveniência; seja por criar, no momento do parto, situação que gere medo na mãe, como afirmar que seu filho estará em sofrimento fetal se ela não realizar uma

cirurgia para retirá-lo; seja pelos xingamentos, humilhações e condutas que afetem diretamente seu corpo.

Outro ponto importante da Declaração é o 8.22, *in verbis*

[...] todos os países, com o apoio de todos os segmentos da comunidade internacional, devem ampliar a prestação de serviços de saúde materna no contexto dos cuidados primários de saúde. Esses serviços, baseados no conceito de opção consciente, devem incluir educação sobre maternidade segura<sup>16</sup>, **cuidados pré-natais que sejam concentrados e eficientes, programas de nutrição materna, assistência adequada no parto, que evite recursos excessivos a cirurgias cesarianas e proporcione atendimento de emergências obstétricas [...]** Todos os nascimentos devem ser assistidos por pessoas treinadas, preferivelmente enfermeiras e parteiras ou, no mínimo, por atendentes treinados em parto. Devem ser identificadas as causas fundamentais de morbidade e de mortalidade maternas e dispensada atenção ao desenvolvimento de estratégias para as superar e de adequados mecanismos de avaliação e controle para avaliar o progresso que está sendo alcançado [...] (ONU, 1994, p. 76) (grifo nosso)

Mais uma vez, apontam-se os recursos excessivos e as cirurgias cesarianas sem real indicação como obstáculos a serem superados. Vê-se a preocupação, desde o século passado, em garantir o respeito aos direitos reprodutivos e sexuais. A recomendação, inclusive, aponta enfermeiras (obstétricas) e parteiras como alternativa preferencial na assistência ao parto.

Esta é outra rusga que existe atualmente na assistência ao parto, mas que não é objetivo deste trabalho discorrer sobre: a relação um tanto conflituosa entre a obstetrícia e a enfermagem obstétrica<sup>17</sup>. Enquanto não se enxergarem como peças do mesmo quebra cabeça, impossibilitam à gestante o melhor tratamento em matéria de assistência ao parto, infelizmente.

A Organização Mundial de Saúde, editou, em 2015 a Declaração de Prevenção e Eliminação de Desrespeito e Abuso Durante o Parto, demonstrando grande preocupação em relação à excessiva medicalização e uso de tecnologia durante o nascimento.

A Declaração recomenda que as intervenções desnecessárias sejam reduzidas, que os protocolos sejam constantemente revisados, assim como a relevância de certas práticas, as

---

<sup>16</sup> A maternidade segura visa a consecução de uma saúde ótima da mãe e do recém-nascido, isto implica redução de mortalidade e morbidade maternas e o fortalecimento da saúde do recém-nascido por meio do acesso equitativo à assistência primária de saúde, inclusive a assistência ao planejamento familiar, pré-natal, de parto e pós-parto para a mãe e a criança, e acesso a assistência essencial obstétrica e neonatal (ONU, 1994, p. 74 *apud* Organização Mundial da Saúde, Health Population and Development, WHO Position Paper, Geneve, 1994 (WHO/FHE/ 94.1))

<sup>17</sup> As Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal recomendam que “[...] os gestores de saúde proporcionem condições para a implementação de modelo de assistência que inclua a enfermeira obstétrica e obstetritz na assistência ao parto de baixo risco por apresentar vantagens em relação à redução de intervenções e maior satisfação das mulheres”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017, p. 15)

quais devem promover e respeitar a autonomia da mulher gestante quando da tomada de decisões (OMS, 2015).

A escolha da via de parto, de acordo com Martins (2004), constitui um Direito Humano da parturiente no que tange à integridade pessoal, liberdade e consciência. Estes direitos, por sua vez, estão protegidos pelo Pacto de San Jose da Costa Rica (1969), mais conhecido como Convenção Americana de Direitos Humanos. Esta importante Convenção foi ratificada pelo Brasil em fevereiro de 1992. Estão elencados nos artigos 7º (sobre o direito à liberdade pessoal), 12 (sobre o direito à liberdade de consciência) e o 17 (sobre o direito à proteção da família).

Outro documento de extrema importância é a Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW, 1979). Logo em seu artigo 12 disserta sobre os direitos reprodutivos da mulher, mais especificamente no que se refere ao período gravídico e puerperal. Estabelece o artigo 12:

1. Os Estados-parte adotarão todas as medidas apropriadas para eliminar a discriminação contra a mulher na esfera dos cuidados médicos a fim de assegurar, em condições de igualdade entre homens e mulheres, o acesso a serviços médicos, inclusive os referentes ao planejamento familiar. 2. Sem prejuízo do disposto no parágrafo 1º, **os Estados-parte garantirão à mulher assistência apropriada em relação à gravidez, ao parto e ao período posterior ao parto, proporcionando assistência gratuita quando assim for necessário, e lhe assegurarão uma nutrição adequada durante a gravidez e a lactância.** (CEDAW, 1979, p. 11) (grifo nosso)

Garantir à mulher uma assistência segura desde o pré natal é garantir que seus direitos reprodutivos e sexuais serão resguardados, transformando os eventos de VO em situações cada vez mais aberrantes e inaceitáveis. De fato, para que se reduza o número de casos de VO, há que se mudar a visão do profissional de saúde assistente em relação à sua paciente.

Conforme as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, por exemplo

[...] mulheres em trabalho de parto devem ser tratadas com respeito, ter **acesso às informações baseadas em evidências e serem incluídas na tomada de decisões. Para isso, os profissionais que as atendem deverão estabelecer uma relação de confiança com as mesmas, perguntando-lhes sobre seus desejos e expectativas.** Devem estar conscientes da importância de sua atitude, do tom de voz e das próprias palavras usadas, bem como a forma como os cuidados são prestados. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017, p. 16) (grifos nossos)

Assim, é fundamental conceder à mulher gestante, o direito de decidir, de exercer sua autonomia pessoal, como forma de assegurar o respeito aos seus direitos reprodutivos e

sexuais. É necessário garantir que não haverá violação à sua integridade corporal e à sua autonomia pessoal e que estarão protegidas a igualdade e a diversidade (PETCHEVSKY, 1996)

Não basta permitir que a ela seja dada apenas a escolha da via de parto, de última hora. É necessário e fundamental informá-la durante toda a gestação, substancialmente, para que, ao elaborar sua convicção pessoal, entenda os riscos e as vantagens do caminho escolhido.

Ademais, tendo em vista que os desejos e as necessidades, neste período, são variavelmente construídos e alterados, múltiplos fatores exercem influência nas escolhas da mulher durante toda a gestação. Desde as regras de interação sociais, passando pelo desenvolvimento das tecnologias de reprodução, do discurso médico e até mesmo da pressão familiar. Tudo isto forma o arcabouço sobre o qual a mulher decidirá. E a qualidade dessa decisão será fundamental para que a VO possa ser identificada tão logo aconteça, qualquer que seja a ocasião e por quem quer que a pratique.

#### **4. PERCEPÇÕES JURÍDICAS ACERCA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

Muito se discute sobre as diversas responsabilidades do profissional de saúde em relação às condutas praticadas e as consequências refletidas em seus pacientes. Diversas doutrinas jurídicas, por exemplo, dedicam capítulo exclusivo para tratar da responsabilidade civil do profissional de saúde, utilizando, em sua maioria, a figura do médico para explicar sobre os tipos de obrigações, sobre culpa, sobre o erro médico.

Este capítulo, no entanto, tem por objetivo demonstrar que, em termos de VO, não é possível enquadrá-la, integralmente, sob o manto do erro médico, tendo em vista que se trata de erro DO médico em escolher conduta que não deveria ser uma opção. Objetiva, também, analisar alguns tipos de VO como condutas já tipificadas no Código Penal Brasileiro. Assim,



embora não haja tipificação penal específica para os casos de VO<sup>18</sup>, pode haver a adequação de algum tipo penal genérico que existente em nossa legislação.

#### **4.1. Responsabilidade civil dos médicos: erro médico x erro do médico**

O termo responsabilidade tem sua origem etimológica no latim *respondere* - “responder, prometer em troca -, de RE-, “de volta, para trás”, mais SPONDERE, “garantir, prometer” (ORIGEM DA..., 2019). É, então, um ato reflexo de uma conduta prévia, uma resposta a alguém, uma relação de causa e efeito.

De acordo com Diniz (2006), este é um dos temas mais desafiadores para o atual estado em que se encontra o Direito. Para ela “[...] ante sua surpreendente expansão no direito moderno e seus reflexos nas atividades humanas, contratuais e extracontratuais, e no prodigioso avanço tecnológico, que impulsiona o progresso material [...]” (DINIZ, 2006, p. 3), a responsabilidade civil surge, a todo instante.

De fato, pela fluidez das relações, pela intensidade delas e pelas consequências que podem trazer, visto que podem atingir a própria integridade da vida humana, o tema da responsabilidade civil se apresenta com extrema relevância para a atualidade jurídica. Exige dos aplicadores do direito a capacidade de agir levando em consideração novos institutos, novas obrigações, novas relações e novos danos.

##### **4.1.1. Nuances da responsabilidade civil no Código Civil de 2002**

No nosso Código Civil de 2002, o artigo 927 preceitua que “aquele que, por ato ilícito, causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo”. Por ato ilícito, o mesmo Código aponta, nos artigos 186 e 187, ser a ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, que violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, assim como o exercício de um direito que exceda manifestamente os limites impostos pelo seu fim econômico ou social, pela boa-fé ou pelos bons costumes (BRASIL, 2002).

---

<sup>18</sup> O PL 7633/2014 pretende incluir um tipo penal criminalizador específico para este tipo de Violação aos Direitos Sexuais e Reprodutivos das mulheres. É o único que trata de VO, incluindo sua tipificação penal e prevendo punição. Atualmente, permanece sem movimentação.

Neste sentido, percebe-se que o Código aponta que a obrigação de reparação do dano surge diante de duas condutas, quais sejam, o do cometimento de ato ilícito e o do abuso no exercício de um direito.

Para Tartuce (2019), o ato ilícito é considerado como fato jurídico em sentido amplo. “Quando alguém comete um ilícito há a infração de um dever e a imputação de um resultado” (TARTUCE, 2019, p.349). Desta maneira, considerando-se o ato ilícito como a conduta humana que fere direitos subjetivos privados, estando em desacordo com a ordem jurídica e causando danos a alguém, tem-se como consequência a obrigação de indenizar, de reparar o dano (TARTUCE, 2019)

Ao lado do ato ilícito propriamente dito, há o abuso no exercício do direito. Amplia-se a noção de ato ilícito, para considerar como precursor da responsabilidade civil aquele ato praticado em exercício irregular de direitos. “O ato é originariamente lícito, mas foi exercido fora dos limites impostos pelo seu fim econômico ou social, pela boa-fé objetiva ou pelos bons costumes” (TARTUCE, 2019, p.350)

O abuso de direito é assunto muito importante quando se trata de VO, pelo fato de que, em muitas ocasiões, os médicos e demais profissionais de saúde se acharem no exercício regular de suas profissões, inclusive no momento de justificar a violência perpetrada. No entanto, sabe-se que não podem permanecer acobertados por esse tipo de escusa.

Os casos de VO, na verdade, revestem-se da irregularidade no exercício da Medicina, já que a conduta fere o fim a que se destina, a boa fé e os bons costumes, além de constituir infração civil, penal e administrativa, visto que são relegados os preceitos do Código de Ética Médico.

Será objetivo do tópico posterior discorrer sobre a responsabilidade civil do médico. Adianta-se aqui que ela é subjetiva, ou seja, é necessário provar que o profissional agiu com culpa (imprudência, negligência ou imperícia). No entanto, nos casos de abuso de direito, a conclusão a que chegaram os juristas que compuseram a *I Jornada de Direito Civil*, promovida pelo Conselho da Justiça Federal, com a aprovação do Enunciado n. 37, foi a seguinte: “Art. 187. A responsabilidade civil decorrente do abuso do direito independe de culpa, e fundamenta-se somente no critério objetivo-finalístico” (TARTUCE, 2019, p.356)

Outro Enunciado, agora da VI Jornada de Direito Civil, o Enunciado n. 539, definiu que

[...] o abuso de direito é uma categoria jurídica autônoma em relação à responsabilidade civil. Por isso, o exercício abusivo de posições jurídicas desafia controle independentemente de dano. De fato, cabem, por exemplo, medidas preventivas se o abuso de direito estiver presente, independentemente da presença do dano (TARTUCE, 2019, p. 355).

Embora exista esta conceituação, importam, neste trabalho, as condutas de VO que constituam abuso de direito, pois estas geram graves danos à gestante. Ademais, é a partir delas que se pode discutir uma compensação que ao mesmo tempo puna o agente que causou dano e que iniba futura conduta semelhante.

O abuso de direito, de acordo com Tartuce (2019) caracteriza-se como

[...] um ato lícito pelo conteúdo, ilícito pelas consequências, tendo natureza jurídica mista – entre o ato jurídico e o ato ilícito – situando-se no mundo dos fatos jurídicos em sentido amplo. Em outras palavras, a ilicitude do abuso de direito está presente na forma de execução do ato. Desse conceito conclui-se que a diferença em relação ao ato ilícito tido como puro reside no fato de que o último é ilícito no todo, quanto ao conteúdo e quanto às consequências. (TARTUCE, 2019, p. 355)

Assim, diante dessas duas situações, as quais fazem nascer o dever de reparação do dano, vê-se, basicamente, a necessidade de tentar reestabelecer o *status quo ante*. Ou seja, o estado anterior ao dano, o estado de normalidade prévio ao ato que gerou prejuízo.

De acordo com o artigo 928 do Código Civil de 2002, a indenização será medida pela extensão do dano. Ou seja, a reparação arbitrada deverá observar o dano em sua extensão, assim como também deverá levar em consideração, de acordo com o parágrafo único do artigo em comento, a gravidade da culpa do agente que causou o dano.

É que, tendo em vista a concepção da responsabilidade relacionada à lesão do direito, para que haja a responsabilização civil de um agente, é preciso que sejam identificados e correlacionados a conduta culposa do agente, o dano e o nexo de causalidade entre os dois primeiros. São assim denominados os elementos da responsabilidade civil ou pressupostos do dever de indenizar.

A conduta humana pode ser dividida em duas: ação (conduta positiva) e omissão (conduta negativa). Caso sejam voluntárias, caracterizam uma conduta dolosa, ou seja, conduta intencional que objetiva prejudicar outrem. Caso possam ser verificadas através das lentes da negligência, imprudência ou imperícia, caracterizam conduta culposa, ou seja, conduta que não objetiva causar dano.

Percebe-se que a regra é a ação ou conduta positiva; já para a configuração da omissão, é necessário que exista o dever jurídico de praticar determinado ato (omissão genérica), bem como a prova de que a conduta não foi praticada (omissão específica). Em reforço, para a omissão é necessária ainda a demonstração de que, caso a conduta fosse praticada, o dano poderia ter sido evitado (TARTUCE, 2019, p. 386)

Em relação à culpa, genérica ou *lato sensu*, Tartuce (2019) assevera que ela “pode ser conceituada como o desrespeito a um dever preexistente, não havendo propriamente uma intenção de violar o dever jurídico, que acaba sendo violado por outro tipo de conduta” (TARTUCE, 2019, p. 395).

Já o nexo de causalidade ou nexo causal, “constitui o elemento imaterial ou virtual da responsabilidade civil, constituindo a relação de causa e efeito entre a conduta culposa ou o risco criado e o dano suportado por alguém” (TARTUCE, 2019, p. 402)

Para Gonçalves (2005),

[...] somente considera como causadora do dano as condições por si só aptas a produzi-lo. Ocorrendo certo dano, temos de concluir que o fato que o originou era capaz de lhe dar causa. Se tal relação de causa e efeito existe sempre em casos dessa natureza, diz-se que a causa era adequada a produzir o efeito. Se existiu no caso em apreciação somente por força de uma circunstância accidental, diz-se que a causa não era adequada” (TARTUCE, 2019, p. 389 *apud* GOLÇALVES, 2005, p. 386).

Esta é a conceituação da Teoria da Causalidade Adequada, adotada pela codificação civil privada. De acordo com ela, é necessário que entre a conduta e o dano haja um elemento particular, qual seja, o de ter aptidão para produzir aquele dano. Descarta, assim, o elemento accidental, ou seja, a causa não adequada.

O dano ou prejuízo, por sua vez, nada mais é do que a consequência negativa, o resultado danoso da conduta humana. Pode ser material (patrimonial), imaterial (moral, quando fere algum direito da personalidade) e, recentemente, a jurisprudência tem-se debruçado fortemente sobre os “novos danos” (danos estéticos, danos por perda de uma chance, danos morais coletivos e danos sociais ou difusos). Para Tartuce (2019), “à medida que se reconhecem direitos, que são criadas novas tecnologias e que o ser humano amplia os seus meios de conquistas, também surgem novos prejuízos e, sem dúvidas, novas vítimas” (TARTUCE, 2019, p. 484).

Definidos os elementos caracterizadores da responsabilidade civil, faz-se necessário compreender, ainda, parte da classificação desse instituto jurídico. Como regra, a responsabilidade civil no ordenamento jurídico brasileiro é subjetiva, ou seja, depende é “da comprovação da sua culpa genérica, que inclui o dolo (intenção de prejudicar) e a culpa em sentido restrito (imprudência, negligência ou imperícia)” (TARTUCE, 2019, p. 537).

Há, ainda a responsabilidade civil objetiva, delineada pelo parágrafo único do artigo 927 do Código Civil, *in verbis*: “haverá obrigação de reparar o dano, independentemente de culpa,

nos casos especificados em lei, ou quando a atividade normalmente desenvolvida pelo autor do dano implicar, por sua natureza, risco para os direitos de outrem” (BRASIL, 2002).

Após noção introdutória acerca da responsabilidade civil, será dado enfoque, no tópico a seguir, à responsabilidade do médico e sua correlação aos casos de VO.

#### **4.1.2. Responsabilidade civil do médico nos casos de Violência Obstétrica**

De acordo com Rosenvald e Netto (2018), atualmente vivemos no Estado dos direitos fundamentais. Nele, a saúde dos cidadãos ganha cada vez mais importância, não só em relação à necessidade de políticas públicas, mas também na solução efetiva dos casos em que houver dano. “Hoje, diante do `princípio da proteção`, próprio da responsabilidade civil do Estado do século XXI, cabe uma postura mais ativa, menos absenteísta, do Estado em relação à saúde dos seus cidadãos” (ROSENVALD; NETTO, 2018, p. 374).

Justamente pelo fato de estarmos inseridos neste contexto de proteção aos direitos fundamentais, o reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos é urgente, pois é a partir deles que se possibilita a reconstrução do discurso dos direitos.

Por sua vez, é a partir desse discurso que as diferenças baseadas em categorias, tais como raça, classe, sexualidade e outras, passam a ser consideradas. Tudo isso possibilita a criação de instrumentos políticos e normativos para intervir no grave quadro de desigualdades, de forma a permitir o acesso aos direitos reconhecidos por todas as pessoas e seu exercício de forma mais igualitária (LEITE, 2017, p. 4 *apud* LEITE, 2016, p. 41-42).

Tal transformação e a assunção desses direitos nos permite observar a relação médico paciente a partir de uma perspectiva mais equilibrada. Como consequência, o tipo de obrigação através da qual estão relacionadas ambas as partes, perpassa por fatores outros além da mera aplicação da técnica, da conduta do médico em relação a um paciente.

No que se refere ao tipo de obrigação através da qual se vincula ao paciente, o médico, por não poder garantir o resultado final, exceto nos casos de cirurgias com fins estéticos, é uma das partes numa obrigação de meio. Neste caso, de acordo com Rosenvald e Netto (2018), o profissional não assume “o dever de chegar a determinado resultado (a cura, por exemplo), mas apenas o dever de se portar com diligência e atenção, à luz dos dados atuais de sua ciência, de cujo conteúdo se espera que tenha notícias atualizadas” (ROSENVALD; NETTO, 2018, p. 407).

Outrossim, preleciona Souza (2016) que vários critérios já foram utilizados para a identificação desse tipo de obrigação. Para o mesmo autor, analisando a jurisprudência pátria, faz-se necessário estar atento, primeiramente, às finalidades contratuais e às expectativas das partes dentro da relação contratual. Desse modo,

[...] o problema das obrigações de meios e de resultado pode ser assim sintetizado: embora sempre se exija do devedor o dever de diligência, em alguns casos este se revela o único elemento verdadeiramente exigível da obrigação – em uma palavra, seu objeto, conforme se atribua maior ou menor grau de juridicidade ao dever de obter determinado resultado prático. [...] Não por acaso, parte da doutrina prefere atribuir às obrigações de meios a alcunha *obrigações de diligência*. (SOUZA, 2016, ano, p. 33) (grifos do autor)

Sinteticamente, o médico, enquanto profissional liberal, se compromete a prestar sua assistência da melhor forma possível, devendo sempre respeitar os direitos fundamentais já consagrados no nosso ordenamento jurídico, quais sejam, o direito à vida, à integridade física e à saúde.

Sendo assim, atuando de forma atenta e se comprometendo a utilizar sempre as melhores técnicas científicas disponíveis, o profissional médico compromete-se em tentar atingir a finalidade, sem que esteja preso exclusivamente a ela. Se assim fosse, o exercício da medicina restaria inviabilizado, pela sua natureza. É que, “cada organismo humano guarda suas idiossincrasias, suas particularidades” (ROSENVALD; NETTO, 2018, p.390)

No que diz respeito à responsabilidade civil do médico, profissional escolhido para ser o objeto deste capítulo, tendo em vista que, inseridos no paradigma tecnocrático de assistência ao parto, é no profissional obstetra que está concentrado o papel de protagonismo do parto, afirma o Direito brasileiro que a sua responsabilidade civil é subjetiva. Desta maneira, é necessário analisar o elemento culpa. É necessário que se verifique a vontade de agir do médico ou a omissão decorrente da não observância de um dever de agir (VIANA; BERLINI, 2018).

Ou seja, para que possa ser responsabilizado por uma conduta que gerou dano, é necessário provar que o profissional agiu com culpa, em uma das suas três modalidades – imperícia, imprudência ou negligência.

A imperícia ocorre quando o médico revela em sua atitude falta ou deficiência de conhecimentos técnicos da profissão. É a falta de observação das normas e despreparo prático necessário para exercer determinada atividade. Devem-se avaliar os progressos científicos que sejam de domínio

público, e o profissional deve ter conhecimento para a utilização da técnica indicada para cada tipo de procedimento ou doença. O imperito não sabe, no seu modo de agir, o que um médico deveria saber. A imprudência é a imprevisão do agente em relação às consequências do seu ato ou ação. O profissional médico tem atitudes, não precipitadas, sem ter cautela, sendo resultado da não racionalização. Neste caso, o médico tem perfeito conhecimento do risco, e ignorando a ciência médica, toma a decisão de agir mesmo assim. O imprudente usa terapêuticas sem necessidade e muitas vezes técnicas terapêuticas que podem ser nocivas para o paciente. A negligência acontece pela falta de cuidado ou de precaução com que se executam certos atos. É caracterizada pela inércia, indolência, falta de ação e passividade. É um ato omissivo, oposto da diligência que seria agir com cautela, cuidado e atenção, evitando quaisquer distorções e falhas. O negligente não observa a norma técnica que deveria observar, e que todos os outros observam (NETTO; ALVES, 2010, p. 75)

De acordo com Souza (2016), a culpa corresponderia a uma justificativa ético jurídica da atribuição do dever de indenizar a um agente que tenha dado causa a um dano. Assim, para que seja responsabilizado civilmente, o médico, agindo com culpa, viola o direito à vida ou a integridade física e/ou psicológica, assim como outros direitos da personalidade, tal como a honra (VIANA; BERLINI, 2018). Tais situações demonstram o que podemos entender pela expressão erro médico.

O erro, como intuitivo, constitui um juízo valorativo sobre a conduta – fala-se que há erro porque a conduta (ativa ou omissiva) do causador do dano mostra-se desconforme àquela postura profissional que teria, supostamente, evitado o resultado desvantajoso. Assim, o erro é um julgamento sobre a própria conduta – por assim dizer, um *posterius*: é porque um dano sobreveio ao agir profissional que se afirma, em termos leigos, que o médico *errou* (SOUZA, 2016, p.48)

Para Viana e Berlini (2018), os limites de um erro médico causador de dano e o exercício regular da atuação médica são muito tênues. Tal fato acaba gerando polêmicas e dificuldades no momento de aplicação da responsabilização civil. No entanto,

[...] sabe-se que é possível a existência de dano na relação médico-paciente sem caracterizar erro médico, tendo em vista que existem lesões decorrentes do procedimento médico que são previstas e esperadas, tais como as cicatrizes resultantes de uma cirurgia cesariana, por exemplo. Existem também, lesões que são previsíveis, porém não são esperadas. Essas ações são decorrentes do exercício regular da profissão, tendo em vista que a medicina não é uma ciência exata. (VIANA; BERLINI, 2018, p.85)

No entanto, é aí que reside o cerne da discussão deste trabalho. Em diversos casos que envolvem a VO, existe a vontade deliberada de causar dano em algum grau. O que explicaria, por exemplo, os diversos xingamentos, as episiotomias para fins educacionais, a manobra de *Kristeller* – que já está proscriita -, senão a hipótese de diminuir e violar, de alguma forma, os

direitos fundamentais da gestante, de causar dano, físico e/ou psicológico, de forma deliberada?!

Ao analisar as condutas que figuram no rol da VO percebe-se que muitas delas não podem nem devem fazer parte das condutas que figuram no rol do erro médico, muito menos serem justificadas pelo exercício regular do direito. Não podem, conseqüentemente, serem observadas à luz do erro médico. De acordo com Leite (2017),

[...] erro médico, na literatura jurídica, envolve uma conduta profissional com inobservância da técnica, uma atuação pautada por negligência, imprudência ou imperícia. Apesar de erro médico e violência obstétrica poderem ocorrer simultaneamente, tais práticas não dependem uma da outra e merecem tratamentos completamente distintos (LEITE, 2017, p. 5-6)

Não se pode comparar, por exemplo, o esquecimento de um pedaço de gaze no corpo de alguém, com a manobra mecânica proscrita que pode chegar a fraturar a costela de uma mulher em trabalho de parto. Não é possível colocar na mesma balança do erro médico a conduta de xingar a mulher, de mandá-la calar a boca, de humilhá-la com expressões do tipo “na hora de fazer não gritou”. O que dizer, ainda, do “ponto do marido”? Viola-se o direito à saúde e à integridade física da mulher, deliberadamente, porque seu parceiro precisa continuar sentindo o mesmo prazer sexual que sentia antes do parto.

Repise que existe VO quando ocorre a apropriação do corpo da mulher. Por sua vez, essa apropriação do corpo mitiga a importância do discurso dos direitos fundamentais pelos profissionais de saúde, e estes, por sua vez, geram danos à mulher gestante. É o que caracteriza o paradigma tecnocrático de assistência ao parto no Brasil. Como assevera, de maneira brilhante, Leite (2017), o paradigma tecnocrático baseia-se

[...] na visão cartesiana, enfatizando a separação entre mente e corpo (*res cogitans* versus *res extensa*), estabelecendo a máquina como a mais adequada metáfora para o corpo humano e privilegiando a percepção do paciente como objeto. Nessa acepção a mulher é dotada de máquina física defectiva em essência. Como consequência, a paciente aliena-se do processo de cura, as intervenções externas tecnológicas ampliam-se em intensidade e profundidade e ela termina por ser segmentada, particionada e desmembrada, como peças avulsas de maquinaria sofisticada, porém passível de compreensão analítica (LEITE, 2017, p. 3 *apud* BRASIL, 2014, p. 111).

Algumas condutas que se caracterizam como VO não são erro médico, são erro do médico. Violência Obstétrica, em muitas ocasiões, não prescinde culpa porque não está baseada em imprudência, imperícia ou negligência. São condutas que não deveriam, sequer, serem cogitadas em sua prática. Não fazem parte do exercício regular do direito, qual seja, o



de exercer a profissão médica na assistência ao parto. Já ficou provado que a VO nada mais é do que uma forma de violência contra a mulher, em seu ciclo gravídico, constitui-se o abuso do direito.

De modo a corroborar com esta ideia, Viana e Berlini (2018) apontam que

[...] essa necessidade de trazer uma nova roupagem a responsabilidade civil no que tange a não compreender a violência apenas como erro médico é fundamental para fortalecer a luta das mulheres, a igualdade de gênero em todos os ambientes e atrair a atenção da sociedade a fim de se buscar políticas públicas e medidas de saúde eficazes. Assim, o que para alguns pode parecer uma conceituação simbólica pode ser fundamental para assegurar direitos e garantias fundamentais. (Viana; Berlini, 2018, p.88)

Leite (2017), de forma assertiva, também destaca o problema de manter a VO sob o manto do erro médico:

[...] o enquadramento de casos de violência obstétrica como erro médico é problemático por diversos motivos. Primeiramente, com esse enquadramento, aprecia-se somente uma dimensão de uma questão muito complexa, ignorando-se que se trata de um tipo de violência de gênero e também de um problema institucional na assistência ao parto, que, somente no Brasil, atinge uma em cada quatro mulheres. Além disso, dificulta-se a aplicação de punições a quem pratica esse tipo de violência. Por fim, demonstra, de certa maneira, uma falta de preocupação do Direito com temas afeitos à saúde física e psíquica da mulher. Ao se fazer uma análise de casos de violência obstétrica à luz da teoria clássica da responsabilidade médica, dá-se muita ênfase à necessidade de provas documentais e testemunhais que possam permitir a apuração da ocorrência do erro médico, o que conduz à improcedência de muitas ações sob a alegação de ausência de culpa ou nexo causal (LEITE, 2017, p. 6 *apud* NOGUEIRA; SEVERI, 2016; LEITE, 2016).

São inúmeros os problemas decorrentes da falta de legislação nacional específica sobre o tema. Mas o principal, dificulta-se a aplicação da punição correta, tendo em vista que é enquadrada como erro médico sem nenhuma análise mais acurada em relação à conduta, aplicando os critérios gerais de responsabilidade civil dos profissionais de saúde.

É justamente esse tipo de comportamento que perpetua o modelo já enraizado no Brasil, no que diz respeito à assistência ao parto. Relega-se a um plano distante o que apontam Rosenvald e Netto (2018) de “dever de tutela do melhor interesse do paciente”, ou seja, da boa fé objetiva pela qual deve pautar-se a conduta médica. Ela “deve iluminar fortemente essa relação, impondo ao profissional de saúde um dever de agir com lealdade, zelo e cooperação, abstendo-se de condutas que possam frustrar as legítimas expectativas do paciente” (ROSENVALD; NETTO, 2018, p. 375).

Na mesma toada, asseveram que

[...] ninguém desconhece ser limitado o potencial das normas jurídicas. Elas não podem obrigar os médicos –ninguém, na verdade– a agir com atenção, simpatia, gentileza. Mas há um núcleo normativo de deveres que se impõem, ainda que flexíveis e variáveis à luz das circunstâncias dos casos concretos. Lembrando que no campo da responsabilidade civil prevalece, com progressiva força, o princípio da proteção prioritária à vítima do dano, conjugado com o princípio da reparação integral. (ROSENVALD; NETTO, 2018, p.376)

Tendo em vista que a natureza de um dano oriundo de VO atinge a vida e a saúde física e/ou psicológica da mulher gestante, são danos, em certa medida irreversíveis. Pela amplitude com a qual a responsabilidade civil do médico é tratada, e pela dificuldade enfrentada pela mulher gestante quando ingressa em juízo pleiteando por uma compensação após a VO, fica cristalina a necessidade de fazer nascer norma específica que desloque os casos de VO da seara do erro médico. Tanto pelo fato de poderem acontecer de maneira concomitante, quanto pelo fato de não dependerem um do outro para serem identificados.

O aumento dos casos de VO exige um novo olhar do Direito. Seja na seara civil, seja na seara penal, é necessário agir no tocante a garantir à mulher a salvaguarda de seus direitos, ainda mais num momento tão especial quanto a gravidez. Para alguns pode ser apenas o *clichê* da vida se repetindo, da lógica do “se está vivo é porque nasceu e isso é o que importa”. Entretanto, se não se respeita a dignidade do nascimento, da geração de uma vida, não se respeita uma nação inteira.

#### **4.2. A Violência Obstétrica no Código Penal Brasileiro**

Embora, no Brasil, ainda não haja um tipo penal específico para os casos de VO, há a possibilidade de responsabilização criminal dos infratores, a partir de uma leitura do Código Penal.

Nas situações em que há violência psicológica à gestante, como, por exemplo, julgamentos, chacotas, piadas, brincadeiras de mau gosto, diminuição da figura da mulher, assim como desrespeito aos seus sentimentos físicos e psíquicos e até mesmo discriminação, que caracterize fato ofensivo à reputação da gestante ou de seu filho, o agente pode vir a ser enquadrado no tipo penal descrito pelo artigo 139, qual seja, a conduta que descreve o crime de difamação. Neste caso, a pena prevista vai de três meses a um ano, e multa.

A honra objetiva é o bem jurídico protegido pelo tipo penal em comento. Caracteriza-se como a reputação da vítima em seu meio social (GRECO, 2011, p. 424).

A honra, aqui entendida como reputação, deve ser tratada em seu sentido amplo, abrangendo todos os atributos que tornam o cidadão respeitável perante seus pares. Dessa forma, mesmo que sejam verdadeiros os fatos imputados à vítima, o reforço às ideias que, em tese, maculam a sua reputação deve ser proibido pela lei penal.

Dessa forma, entende-se que, por meio do tipo penal de difamação, evita-se a divulgação de fatos desonrosos à vítima. Traduzindo o conceito de fato desonroso, Aníbal Bruno diz ser aquele que pudesse “inspirar a outrem um sentimento de reprovação e desprezo em relação à vítima e, assim, capaz de afetar a boa fama do ofendido” (GRECO, 2011, p. 425)

Expressões tais como “na hora de fazer não gritou” no momento em que a gestante se encontra completamente tomada pelas dores das contrações, não podem ser tidas como brincadeiras de mal gosto. Podem e devem ser enquadradas no tipo penal de difamação descrito pelo Código Penal, pois carregam consigo o *animus diffamandi* característico do tipo penal.

É que estas expressões, na maior parte das vezes, são ditas em tons bem audíveis, fazendo com que a gestante passe por situação vexatória perante toda uma equipe. E é justamente por isso que se consuma este crime. É que, “tem-se consumada a infração penal quando terceiro, que não a vítima, toma conhecimento dos fatos ofensivos à reputação da gestante, da vítima” (GRECO, 2011, p. 428).

Caso a mesma violência psicológica atinja a dignidade ou o decoro da gestante, pode haver o enquadramento no tipo penal descrito logo em seguida, no artigo 140, que trata da injúria. Neste caso, a pena designada no CPB é de detenção, de um a seis meses, ou multa. No entanto, aponta o §3º que “se a injúria consiste na utilização de elementos referentes à raça, cor, etnia, religião ou a condição de pessoa idosa ou deficiente”, a pena é de reclusão de um a três anos e multa. Também exige dolo por parte do sujeito passivo.

Para Greco (2011), este crime se consuma no momento em que a vítima toma conhecimento das palavras ofensivas à sua reputação. No entanto, para a sua consumação, “[...] não se faz necessária a presença da vítima no momento em que o agente profere, por exemplo, as palavras que são ofensivas à sua honra subjetiva (GRECO, 2011, p. 438). A honra subjetiva a que o autor faz referência, nada mais é do que a consciência da própria pessoa em relação ao seu sentimento de dignidade.

Destaca-se que para que haja o enquadramento neste tipo penal, é necessário que o agente ativo o pratique com dolo, com a intenção de ferir a reputação do sujeito passivo, ou seja, da mulher gestante. Como a tipificação do delito de injúria busca a proteção das

qualidades, dos sentimentos, dos conceitos que a pessoa tem sobre si próprio, no caso do bebê, por ele não ter capacidade cognitiva de entender a ofensa, vem sendo decidido, nos Tribunais, que ele não pode ser considerado sujeito passivo neste crime.

Outra conduta que pode ser identificada como crime pelo Código Penal é a do constrangimento ilegal, definida no artigo 146, *in verbis*: “Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, ou depois de lhe haver reduzido, por qualquer outro meio, a capacidade de resistência, a não fazer o que a lei permite, ou a fazer o que ela não manda”.

É o caso, por exemplo, de fazer da gestante, em momento tão delicado, cobaia para alunos treinarem a sutura da episiotomia. Sabe-se que, além da gestante, geralmente, não ser informada sobre o corte, também não é perguntada se autoriza que a sutura seja realizada por residentes em ginecologia e obstetrícia, que podem ser responsabilizados por imperícia caso haja alguma complicação decorrente da sutura mal feita. A pena do constrangimento ilegal é de detenção, de três meses a um ano, ou multa.

Vale destacar o que trazem os parágrafos do artigo em comento:

Aumento de pena:

§ 1º - As penas aplicam-se cumulativamente e em dobro, quando, para a execução do crime, se reúnem mais de três pessoas, ou há emprego de armas.

§ 2º - Além das penas cominadas, aplicam-se as correspondentes à violência.

§ 3º - Não se compreendem na disposição deste artigo:

I - a intervenção médica ou cirúrgica, sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal, se justificada por iminente perigo de vida;

II - a coação exercida para impedir suicídio.

Este tipo penal admite o concurso de pessoas (§ 1º). O constrangimento ilegal poderá se originar de diversos atos, muitos deles revestidos de procedimentos normais pelo agente e sem evidência científica do seu benefício. Configuram-se, na verdade, como abusos que maculam para todo o sempre, seja física ou espiritualmente, a vida da gestante (LIMA, 2019).

No § 3º, I, há a especificidade da intervenção médica ou cirúrgica justificada por iminente perigo de vida. Como retratado no capítulo um deste trabalho, muitas das justificativas para uma cesárea de urgência não refletem a realidade da indicação. Outrossim, citando novamente a episiotomia como exemplo, é intervenção que não ocorre por haver perigo de vida, mas somente para facilitar o trabalho do médico no momento do parto.

Ainda em relação à episiotomia, ou nos casos em que se realizou a manobra de *Kristeller* ou outro tipo de conduta violenta que tenha como resultado posterior a morte da mulher, em decorrência da VO, pode-se enquadrar o profissional no artigo 121, §3º, ou seja, pelo crime de homicídio culposo.

O tipo penal descrito pelo artigo 121, o homicídio, pode ser praticado por uma ação ou omissão, de maneira direta ou indireta e consiste na eliminação da vida humana. De acordo com Mirabete (2005), o artigo em questão

[...] tutela o mais importante bem jurídico, a vida humana, cuja proteção é um imperativo jurídico de ordem constitucional (art. 5º, *caput*, CF). Tem a vida a primazia entre os bens jurídicos, sendo indispensável à existência de todo direito individual porque sem ela “não há personalidade e sem esta não há que cogitar de direito individual” (MIRABETE, 2005, p. 62)

Tendo em vista que o tipo subjetivo do crime é o dolo, a vontade consciente de eliminar uma vida humana, nos casos de VO, pode-se enquadrá-lo na forma culposa, definida no §3º e especificada no §4º, *in verbis* :

No homicídio culposo, a pena é aumentada de 1/3 (um terço), se o crime resulta de inobservância de regra técnica de profissão, arte ou ofício, ou se o agente deixa de prestar imediato socorro à vítima, não procura diminuir as consequências (*sic*) do seu ato, ou foge para evitar prisão em flagrante. [...] (BRASIL, 1940)

Mirabete (2005), utilizando-se de definição de Maggiore, caracteriza a culpa como “a conduta voluntária (ação ou omissão) que produz um resultado antijurídico não querido, mas previsível, ou excepcionalmente previsto, de tal modo que podia, com a devida atenção, ser evitado” (MIRABETE, 2005, p. 77-78 *apud* MAGGIORE, 1949, p. 460).

Caso a mulher não venha a óbito mas sofra alguma sequela decorrente desses tipos de violência obstétrica, pode-se aferir que ocorreu lesão corporal, com tipicidade registrada no artigo 129 e seus parágrafos:

Lesão corporal

Art. 129. Ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem: Pena - detenção, de três meses a um ano.

Lesão corporal de natureza grave:

§ 1º Se resulta: I - Incapacidade para as ocupações habituais, por mais de trinta dias; II - perigo de vida; III - debilidade permanente de membro, sentido ou função; **IV - aceleração de parto**: Pena - reclusão, de um a cinco anos.

§2º Se resulta: I - Incapacidade permanente para o trabalho; II - enfermidade incurável (*sic*); III **perda ou inutilização do membro, sentido ou função**; IV - **deformidade permanente**; V - **aborto**: Pena - reclusão, de dois a oito anos.

Lesão corporal seguida de morte: § 3º Se resulta morte e as circunstâncias evidenciam que o agente não quis (*sic*) o resultado, nem assumiu o risco de produzi-lo (*sic*): Pena - reclusão, de quatro a doze anos. [...]

Lesão corporal culposa: § 6º Se a lesão é culposa: Pena - detenção, de dois meses a um ano. (BRASIL, 1940) (grifo nosso)

Pelo fato de tutelarem-se as integridades físicas e psíquicas do ser humano, existe a lesão mesmo que haja consentimento da vítima. É o que nos explica Mirabete (2005): “existe o crime ainda quando haja o consentimento da vítima, pois a integridade físiopsíquica constitui bem indispensável” (MIRABETE, 2005, p. 104 *apud* FARIA, 1959, p. 75-82). Para o autor,

[...] afirma-se, na Exposição de Motivos que, fora os casos em que o dissenso do sujeito passivo é necessário a existência do crime, ‘o consentimento do lesado não pode elidir o crime ou a pena, pois solução diversa estaria em contraste com o caráter eminente público do direito penal (MIRABETE, 2005, p. 104)

Esta situação é recorrente, principalmente nos casos em que a gestante já se encontra em trabalho de parto. Pela situação de dor a que está submetida no momento, muitas vezes autoriza (quando consultada), os mais diversos tipos de intervenções e práticas desnecessárias. São lesões físicas e outras psicológicas, suficientes para configurar o tipo penal de lesão corporal.

De acordo com Lima (2016), por exemplo, a violência física, a utilização forçada e desmedida de fórceps, a indicação de cesárea desnecessária e indesejada, podem caracterizar lesão corporal culposa, podendo ter aplicada a causa de aumento de 1/3 da pena caso resulte da inobservância de regra técnica de profissão, arte ou ofício (LIMA, 2019).

Ademais,

[...] se da conduta se vislumbrar um ato intencional e da violência resultar *lesão corporal grave com aceleração de parto*, a conduta, será enquadrada no artigo 129, § 1.º, inciso IV, do Código Penal, com pena de 1 a 5 anos, ou ainda, *lesão corporal gravíssima com aborto*, a conduta se enquadrará no artigo 129, § 2.º, inciso V do Código Penal, agora com pena de reclusão de 2 a 8 anos (LIMA, 2019) (grifos do autor).

Lima (2019) também chama a atenção para os casos de laqueadura tubária que ocorrem sem o consentimento da mulher, muitas vezes usuária da rede pública de assistência à saúde. É que o procedimento exige consentimento prévio, expresso e se possível por escrito. Assim é porque integra o rol dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher. Sem o seu consentimento, “deverá caracterizar tal conduta a prática do crime de lesão corporal gravíssima pela perda ou inutilização da função, nos termos do artigo 129, § 2.º, inciso III do Código Penal. Pena, reclusão de 2 a 8 anos” (LIMA, 2019)

#### **4.3. Como proceder em casos de Violência Obstétrica**

Este tópico pretende delinear, brevemente, o caminho a ser seguido nos casos em que a mulher gestante ou alguém próximo a ela enfrente situação que se enquadre em alguma das condutas de VO ou algum outro tipo de ação que desrespeitou a autonomia da gestante.

O primeiro passo é saber o número do registro do profissional em seu conselho de classe. O CRM, no caso dos médicos, ou o COREN, no caso de enfermeiros ou técnicos de enfermagem.

Em seguida, deve-se ligar para a Central de Atendimento à Mulher em Situação de Violência – “LIGUE 180”, serviço público, gratuito, confidencial e com funcionamento 24h, oferecido pela Secretaria Nacional de Políticas desde 2005. A Central tem por objetivo receber denúncias de violência, reclamações sobre os serviços da rede de atendimento à mulher e de orientar as mulheres sobre seus direitos e sobre a legislação vigente, encaminhando-as para outros serviços quando necessário (BRASIL, 2015).

Posteriormente, ligar para o Disque Saúde – 136. Este é um serviço de atendimento à população do Ministério da Saúde que, dentre outras atribuições, recebe reclamações, denúncias e sugestões sobre o serviço prestado pelo SUS.

No hospital, deve ser feita uma reclamação na ouvidoria, a qual deverá fornecer um número de protocolo. Este número deverá ser bem guardado em caso de necessidades futuras, como o ajuizamento de ação compensatória. Do mesmo modo, é importante solicitar o prontuário médico, documento que reúne todas as informações importantes em relação à paciente.

De acordo com o Código de Ética Médica (2018), em seu artigo 88, é vedado ao médico

[...] negar ao paciente ou, na sua impossibilidade, a seu representante legal, acesso a seu prontuário, deixar de lhe fornecer cópia quando solicitada, bem como deixar de lhe dar explicações necessárias à sua compreensão, salvo quando ocasionarem riscos ao próprio paciente ou a terceiros (CRM, 2018, p. 38).

Todos estes documentos, além de receitas médicas, laudos, e até mesmo testemunhas podem constituir provas em um possível processo judicial.

Nos casos de VO perpetradas na rede de saúde suplementar, ou seja, na rede privada, nos casos em que o atendimento tenha sido prestado sob a responsabilidade do Plano de Saúde, deve-se fazer denúncia à Agência Nacional de Saúde – ANS. Nos casos de atendimento pelo SUS, denunciar o hospital junto ao Ministério da Saúde.

Vale destacar, ainda, a atuação do Ministério Público nos casos de saúde. A denúncia pode ser realizada através do site do Ministério Público Federal, o qual, posteriormente, realizará diligências junto à maternidade para que sejam assegurados os direitos dessas mulheres e de seus acompanhantes.

Em relação aos profissionais que realizam a conduta, é importante ingressar com representação administrativa junto ao Conselho de Classe de cada um.

O segundo passo seria procurar um advogado, de preferência com especialidade no assunto, tendo em vista que, uma boa fundamentação é primordial para propor ação indenizatória, no intuito de compensar os danos causados. Caso não haja condições financeiras para arcar com o serviço particular, deve-se procurar a Defensoria Pública do seu local de residência.

Reitera-se que é de suma importância que se denuncie e que, caso sinta a necessidade, que seja proposta ação que verse sobre Violência Obstétrica. É necessário fazer com que o assunto seja mais abordado no Judiciário.

É preciso que haja a mudança das expressões. É necessário tratar a VO como VO e não mais como erro médico e sim como erro do médico, pois, como se percebeu durante a realização deste trabalho, o problema não é apenas de recursos financeiros ou de estrutura física, o problema é de formação e de cultura.



## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este trabalho pretendeu analisar o panorama da Violência Obstétrica no Brasil, realidade bastante presente, ainda, em nosso país, tanto na rede pública quanto na rede privada de saúde.

Observou-se como, a partir da história do parto, este transformou-se em um evento médico, hospitalar, masculino, permeado de intervenções, excessivamente tecnológico e, sobretudo, controlado. Percebeu-se como a ciência médica, a partir da obstetrícia, matematizou o corpo feminino, fragmentando-o e permitindo, ainda mais, a exclusividade do conhecimento científico médico sobre os corpos. Sob estas condições, ficam visíveis os valores intrínsecos ao modelo de assistência ao parto na atualidade, denominado por Davis-Floyd (2001) como modelo obstétrico tecnocrático.

Não bastasse a recomendação de hospitalizar o parto, de fragmentar o corpo da mulher e de não encontrar óbice para monopolizar o conhecimento do processo de nascimento, também ocorreu a ampla propagação da ideia do parto como algo patológico.

Este histórico é suficiente para demonstrar o porquê de a Violência Obstétrica ser um dos tipos mais naturalizados de violência contra a mulher. Ora, se o corpo é uma máquina que não lhe pertence, se o parto não é seu, não haveria motivos para se falar em violência. Talvez, por este tipo de postura ser assumida pela sociedade como um todo, ainda haja tanta resistência por parte da classe médica em lidar com o termo Violência Obstétrica.

Por definição, o termo Violência Obstétrica caracteriza-se como o processo de apropriação do corpo e dos processos reprodutivos da mulher pelos profissionais de saúde, os principais responsáveis pela assistência ao parto. Através do tratamento desumanizado, do abuso da medicalização e da patologização dos processos naturais e fisiológicos da mulher, os profissionais da saúde mitigam a autonomia da mulher, minando sua capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sua sexualidade e, dessa forma, impactam de maneira negativa a qualidade de vida.

A VO, por atingir os caracteres físico, psicológico e sexual da mulher, viola seus direitos sexuais, espécies de direitos humanos tão caros quanto seu direito à vida. Enquadrar esta discussão na seara dos direitos humanos e, mais especificamente, na perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos é atender a uma demanda social que pretende desnaturalizar vários processos, dentre eles, o de perpetuar a imagem da mulher como alheia à sua própria estrutura. Neste ínterim, o termo VO, em meio à discussão sobre as violações dos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres, pode auxiliar no entendimento das causas maiores, com potencial para reformular o problema das intervenções excessivas e de práticas abusivas não consentidas, duas das expressões mais recorrentes em termos de VO no Brasil, atualmente.

Assim, não há como negar que o profissional de saúde, representado na figura do médico durante este trabalho, inflinge uma série de direitos e garantias quando pratica uma conduta permeada pela VO, causando algum tipo de dano à parturiente. Neste sentido, nosso Código Civil de 2002, em seus artigos que versam sobre a generalidade da responsabilidade civil, aponta que está obrigado a reparar o dano aquele que, por ato ilícito, vier a causa-lo.

Por ato ilícito, o mesmo Código aponta, nos artigos 186 e 187, ser a ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, que violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, assim como o exercício de um direito que exceda manifestamente os

limites impostos pelo seu fim econômico ou social, pela boa-fé ou pelos bons costumes, ou seja, o abuso no exercício do direito.

Afirma o Direito brasileiro que a responsabilidade civil do médico é subjetiva. Desta maneira, é necessário analisar o elemento culpa. É necessário que se verifique a vontade de agir do médico ou a omissão decorrente da não observância de um dever de agir. Os casos de VO vêm sendo admitidos como situações onde ocorreu erro médico. Ou seja, situações em que o médico, agindo com culpa, praticou sua conduta de maneira imperita, imprudente ou negligente.

Ocorre que, não é possível enquadrar a VO, de maneira integral, como erro médico. Estas são duas categorias comunicáveis mas independentes entre si. Basta utilizar o exemplo das humilhações verbais e dos xingamentos que várias mulheres gestantes são vítimas e que configuram VO. Vê-se que o médico não agiu com culpa, agiu intencionalmente, pois quem humilha, quem xinga uma gestante em trabalho de parto não tem outro objetivo a não ser o de atingir sua honra, sua reputação, de perpetuar o modelo de controle e submissão.

Defendeu-se, dessa forma, a necessidade de analisar de maneira mais acurada cada caso de VO, pois muitas delas estão bastante afastadas do que se caracteriza de erro médico. Muitas delas, na verdade, podem ser entendidas como abuso do direito, já que, embora inicialmente lícita, a prática da conduta está eivada de uma ilicitude, de um agir de forma violenta. E, assim caracterizadas, não sevem ser analisadas a partir da responsabilização subjetiva de que goza o médico no ordenamento jurídico.

Defendeu-se, também que, na esfera penal, embora não haja um tipo criminalizador de VO, é possível enquadrá-la em vários artigos do Código Penal Brasileiro, dependendo do tipo de conduta praticado. Assim, embora não haja um tipo penal específico, a depender da vontade da vítima em denunciar, a conduta praticada receberá tratamento penal.

Por fim, a partir das orientações do tópico “como proceder em casos de VO”, procurou-se conceder, de maneira prática e clara, uma forma de registrar a VO de que foi vítima, para que sejam resguardados os direitos das mulheres vítimas, para que não seja mais um caso invisibilizado, na tentativa de dar ainda mais visibilidade ao tema.

É extremamente importante que haja uma ruptura no modelo de assistência ao parto no Brasil. Tanto para que se respeite o nascimento, quanto para que se garantam os direitos reprodutivos e sexuais da mulher. Mas, mais ainda, para que a postura daqueles que ocupam

os espaços de poder mude, para que toda a estrutura da assistência ao parto se transforme e consiga ser, efetivamente, satisfatória.

## REFERÊNCIAS

- \_\_\_\_\_. **Programme of Action: adopted at the International Conference on Population and Development Cairo**, 5–13 September 1994. Disponível em: <[https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/PoA\\_en.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/PoA_en.pdf)>. Acesso em: 05/06/17
- \_\_\_\_\_. C.S.G. **Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social**. Dissertação. USP, 1996. Disponível em: <[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/969898/mod\\_resource/content/1/Assist%C3%A7%C3%A3o%20ao%20parto%20e%20rela%C3%A7%C3%B5es%20de%20g%C3%AAnero.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/969898/mod_resource/content/1/Assist%C3%A7%C3%A3o%20ao%20parto%20e%20rela%C3%A7%C3%B5es%20de%20g%C3%AAnero.pdf)> Acesso em 03/07/2019
- \_\_\_\_\_. C.S.G. **Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento**. Cienc. Saude Colet., v.10, n.3, p.627-37, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a19v10n3.pdf>> Acesso em 06/07/2019
- \_\_\_\_\_. Julia Campos. **Abordagem jurídica da violência obstétrica**. Trabalho de Conclusão de Curso. USP, Ribeirão Preto, 2016. Disponível em: <<http://www.tcc.sc.usp.br/tce/disponiveis/89/890010/tce-23052017-165756/?&lang=br>> acesso em 18/08/2019
- \_\_\_\_\_. ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Disque saúde**. Disponível em <<http://portal.anvisa.gov.br/disk-saude-136>> Acesso em 05/07/2019
- \_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 1988. Disponível em <[https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988\\_06.06.2017/art\\_196\\_.asp](https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988_06.06.2017/art_196_.asp)> acesso em 07/08/2019
- \_\_\_\_\_. **Declaração sobre a prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus tratos durante o parto em instituições de saúde**. 2014. Disponível em: <[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO\\_RHR\\_14.23\\_por.pdf;jsessionid=02AED7A788787201D3D684223DF71D26?sequence=3](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf;jsessionid=02AED7A788787201D3D684223DF71D26?sequence=3)> Acesso em 11/08/2019
- \_\_\_\_\_. **Decreto-lei nº 2.848**, de 7 de dezembro de 1940. Institui o Código Penal. Rio de Janeiro, 1940. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm)> Acesso em 07/08/2019
- \_\_\_\_\_. **Lei 11.108/2005** Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, 2005. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm)> acesso em 04/08/2019
- \_\_\_\_\_. **Lei nº 10.406** de 10 de Janeiro de 2002 institui o Código Civil. Brasília, 2002
- \_\_\_\_\_. Maternidade segura. **Assistência ao parto normal: um guia prático**. Brasília, 1996. (OMS/SRF/MSM).
- \_\_\_\_\_. Ministério da mulher, da família e dos direitos humanos. **Ligue 180**. 2005. Disponível em <<https://www.mdh.gov.br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/ligue-180>> Acesso em 05/07/2019

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília, Ministério da Saúde (Secretaria Executiva): 2002b. Disponível em: < <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf> > Acesso em 10/08/2019

\_\_\_\_\_. Senado Federal. **Parirás com dor**. Parto do Princípio – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. CPMI da Violência contra as mulheres, 2012. Disponível em < <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf> > Acesso em 08/08/2019

\_\_\_\_\_. **Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach** ISBN 978-92-4-151288-6. 2017. Disponível em: < <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258738/9789241512886-eng.pdf;jsessionid=7F292FEAD5C3668F39D09238532FEECF?sequence=1> > Acesso em 21/08/2019

\_\_\_\_\_. **WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience**. ISBN: 978-92-4-155021-5. 2018. Disponível em: <<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>> Acesso em 02/08/2019

\_\_\_\_\_, Melania. **Indicações reais de cesariana**. Estuda, Melania, Estuda. Disponível em <<http://estudamelania.blogspot.com/2012/08/indicacoes-reais-e-ficticias-de.html>> acesso em 07/08/2019

\_\_\_\_\_. **Especialistas apontam epidemia de cesarianas no Brasil**. Disponível em < <https://www12.senado.leg.br/noticias/especiais/especial-cidadania/especialistas-apontam-epidemia-de-cesarianas/especialistas-apontam-epidemia-de-cesarianas> > Acesso em 03/08/2019

\_\_\_\_\_, Flávia. **Proteção Internacional dos Direitos Humanos das Mulheres**. R. EMERJ, Rio de Janeiro, v. 15, n. 57 (Edição Especial), p. 70-89, jan.-mar. 2012. Disponível em: < <https://www.passeidireto.com/arquivo/5851701/piovesan-flavia-a-protecao-internacional-dos-direitos-humanos-das-mulheres> > acesso em 19/08/2019

AMORIM, Mariana da Costa. **Experiências de parto e violação aos direitos humanos: um estudo sobre relatos de violência na assistência obstétrica**. Dissertação. UFG. Goiânia, 2015. Disponível em: < [https://ppgidh.ndh.ufg.br/up/788/o/Disserta%C3%A7%C3%A3o\\_Mariana\\_da\\_Costa\\_Amori\\_m.pdf](https://ppgidh.ndh.ufg.br/up/788/o/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Mariana_da_Costa_Amori_m.pdf) > Acesso em 20/08/2019

AMORIM, Melania. **Estudando a cesárea desnecessária: resultados do Global Survey (OMS)**. Estuda, Melania, Estuda. Postado em 14/11/2012. Disponível em: < <http://estudamelania.blogspot.com/2012/11/estudando-cesarea-desnecessaria.html?view=classic> > Acesso em 19/08/2019

ARGENTINA. **Ley de proteccion integral a las mujeres** – ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia. Fecha de sanción 11-03-2009. Publicada en el Boletín Nacional del 14-Abr-2009

BEIRIZ, Thaisa. **Sofri Violência Obstétrica, o que fazer?** Jusbrasil, 2018. Disponível em <[https://thaisabeiriz.jusbrasil.com.br/artigos/636190057/sofri-violencia-obstetrica-o-que-fazer?ref=topic\\_feed](https://thaisabeiriz.jusbrasil.com.br/artigos/636190057/sofri-violencia-obstetrica-o-que-fazer?ref=topic_feed)> Acesso em 15/08/2019

BRASIL. ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Parto é normal**. Disponível em < <http://www.ans.gov.br/parto-e-normal> > Acesso em 03/08/2019

CAVALCANTI, Herlane Barros da Silva. **As violações aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres no parto: a percepção da violência obstétrica por puérperas no Instituto Cândida Vargas**. Trabalho de Conclusão de Curso, Departamento de Ciências Jurídicas UFPB. João Pessoa, 2017

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Código de Ética Médica**. Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019. Brasília, 2019. Disponível em: < <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf> > Acesso em 25/08/2019

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Ministério da Saúde lança diretrizes contra manobras agressivas em partos**. 06/03/2017. Disponível em < [http://www.cofen.gov.br/ministerio-da-saude-lanca-diretrizes-contra-manobras-agressivas-em-partos\\_49669.html](http://www.cofen.gov.br/ministerio-da-saude-lanca-diretrizes-contra-manobras-agressivas-em-partos_49669.html) > Acesso em 10/07/2019

DAVIS-FLOYD, R. R. Dais-Floyd International Journal of Gynecology & Obstetrics 75 2001 S5 ( ) S23. **The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth**. Department of Anthropology, University of Texas Austin, Austin, TX, USA. Disponível em: < [http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos\\_cientificos/arquivos/the\\_technocratic\\_humanistic\\_and\\_holistic\\_paradigms\\_of\\_childbirth.pdf](http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/arquivos/the_technocratic_humanistic_and_holistic_paradigms_of_childbirth.pdf) > Acesso em 14/07/2019

DINIZ, C.S.G. **Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto**. Tese de doutorado. São Paulo, 2001.

DINIZ, Maria Helena. **Curso de direito civil brasileiro**, 7º volume: responsabilidade civil. – 21.ed. ver. e atual. de acordo com a reforma do CPC. – São Paulo: Saraiva, 2007.

DPSP. (Defensoria Pública do Estado de São Paulo). **Conversando sobre Violência Obstétrica**. 1 ed. São Paulo, 2015. Disponível em: [https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/34/documentos/cartilhas/Cartilha\\_VO.pdf](https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/34/documentos/cartilhas/Cartilha_VO.pdf) > Acesso em 15/08/2019

FARMACÊUTICA, Blau. **Ocitocina** Solução Injetável 5 U.I./mL. Disponível em < [http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila\\_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=23373912016&pIdAnexo=3921829](http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=23373912016&pIdAnexo=3921829) > acesso em 05/08/2019

FIOCRUZ. **Deixar de fazer manobra de kristeller: por que e como?** Portal de boas práticas em saúde da mulher, da criança e do adolescente. Março de 2018.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Pesquisa “Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado”**, 2010. Disponível em: <[https://apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa\\_.org\\_.br\\_sites\\_default\\_files\\_pesquisaintegra.pdf](https://apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa_.org_.br_sites_default_files_pesquisaintegra.pdf) > Acesso em 08/09/2019

GRECO, Rogério. **Curso de Direito Penal**: parte especial, volume II: introdução à teoria geral da parte especial: crimes contra a pessoa. – 8. Ed. Niterói, RJ: Impetus, 2011

HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde e doença**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

LARA, Bruna de. **“Deixei virgencinha pra você”**. The Intercept\_Brasil. 10/09/2018. Disponível em <https://theintercept.com/2018/09/10/pontodomarido/> Acesso em 08/08/2019

LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N.. **Nascer no Brasil - Principais resultados**. Disponível em < <http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/principais-resultados2/> > acesso em 04/08/2019

- LEITE, Julia Campos. **A desconstrução da violência obstétrica enquanto erro médico e seu enquadramento como violência institucional e de gênero**. Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th Women's Worlds Congress (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2017, ISSN 2179-510X Disponível em: <[http://www.en.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1499455813\\_ARQUIVO\\_ARTIGOFAZENDOGENERO.pdf](http://www.en.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1499455813_ARQUIVO_ARTIGOFAZENDOGENERO.pdf)> Acesso em 08/08/2019
- LIMA, Ricardo Alves de. **Um olhar do direito penal à violência obstétrica**. Jusbrasil, 2019. Disponível em: < [https://ralsp10.jusbrasil.com.br/artigos/719478861/um-olhar-do-direito-penal-a-violencia-obstetrica?ref=topic\\_feed](https://ralsp10.jusbrasil.com.br/artigos/719478861/um-olhar-do-direito-penal-a-violencia-obstetrica?ref=topic_feed)> Acesso em 30/08/2019
- MALDONADO, Maria Tereza. **Psicologia da Gravidez: parto e puerpério**. 16. ed. São Paulo: Saraiva, 2002.
- MARTINS, APV. A ciência obstétrica. In: **Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004, pp. 63-106. História e Saúde collection. ISBN 978-85-7541-451-4. Disponível em: < <http://books.scielo.org/id/jnzhd/pdf/martins-9788575414514-04.pdf>> Acesso em 03/07/2019
- MASCARENHAS, Ana Cristina de Souza Serrano; PEREIRA, Graciele de Rezende Alves. **A violência obstétrica frente aos direitos sociais da mulher**. UNIFEG, 2017. Disponível em: < [https://www.unifeg.edu.br/revista/artigos-docentes/2017/A\\_Violencia\\_Obstetrica.pdf](https://www.unifeg.edu.br/revista/artigos-docentes/2017/A_Violencia_Obstetrica.pdf)> Acesso em 15/08/2019
- MATTAR, Laura Davis. **Reconhecimento jurídico dos direitos sexuais - uma análise comparativa com os direitos reprodutivos**. Sur, Rev. int. direitos human. vol.5 no.8 São Paulo, Junho 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-64452008000100004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-64452008000100004)> Acesso em 14/08/2019
- MELO, Getúlio da Costa. **Sobreviventes da Violência Obstétrica – saiba o que fazer!** 24/06/2018. Disponível em <<https://www.geledes.org.br/sobreviventes-da-violencia-obstetrica-saiba-o-que-fazer/>> Acesso em 15/08/2019
- MIRABETE, Julio Fabbrini. **Manual de Direito Penal**. – 23.ed. – São Paulo: Atlas, 2005.
- NAGAHAMA, Elizabeth Eriko Ishida; SANTIAGO, Silvia Maria. **A institucionalização médica do parto no Brasil**. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 651-657, 2005. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2005.v10n3/651-657>> Acesso em 13/07/2019
- NETTO, Adamo Lui; ALVES, Milton Ruiz. **Responsabilidade médica**. Rev Bras Oftalmol. 2010; 69 (2): 75-6. Editorial. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbof/v69n2/a01v69n2.pdf>> Acesso em 27/08/2019.
- OEA. Organização dos Estados Americanos. **Convenção americana sobre direitos humanos**. San José, Costa Rica, em 22 de novembro de 1969. Disponível em: < [https://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/c.convencao\\_america.htm](https://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/c.convencao_america.htm)> Acesso em 1º/09/2019
- OLIVEIRA, Luaralica Gomes Souto Maior de; Albuquerque, Aline. Monografia. **Violência Obstétrica e Direitos Humanos dos pacientes**. Revista CEJ, Brasília, Ano XXII, n. 75, p. 36-50, maio/ago. 2018. Disponível em: < [http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao\\_e\\_divulgacao/doc\\_biblioteca/bibli\\_](http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_)



servicos\_produtos/bibli\_boletim/bibli\_bol\_2006/Rev-CEJ\_n.75.03.pdf> Acesso em 21/08/2019

OMS. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**, 2015b. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO\\_RHR\\_15.02\\_por.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf?ua=1)> Acesso em: 14/07/2019

ONU. **Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher – CEDAW 1979**. Disponível em: < [https://assets-compromissoeatitude-igp.sfo2.digitaloceanspaces.com/2012/11/SPM2006\\_CEDAW\\_portugues.pdf](https://assets-compromissoeatitude-igp.sfo2.digitaloceanspaces.com/2012/11/SPM2006_CEDAW_portugues.pdf)> Acesso em 19/08/2019

ORIGEM DA PALAVRA. **Etimologia de responsabilidade**. Disponível em:< <https://origemdapalavra.com.br/pergunta/etimologia-de-responsabilidade-2/>> Acesso em 10/08/2019

PETCHEVSKY, Rosalind. CORRÊA, Sonia. **Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista**. Physis vol.6 no.1-2 Rio de Janeiro 1996. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73311996000100008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73311996000100008&lng=en&nrm=iso)> Acesso em 18/08/2019

PIOVESAN, Flávia. **Direitos reprodutivos como Direitos Humanos**. Disponível em: < <https://www.passeidireto.com/arquivo/21957396/flavia-piovesan-direitos-reprodutivos-como-direitos-humanos/6> >. Acesso em: 21/08/17.

ROSENVALD, Nelson; NETTO, Felipe Peixoto Braga. **Responsabilidade civil na área médica**. Actualidad Jurídica Iberoamericana, ISSN 2386-4567, IDIBE, núm. 8, feb. 2018. Disponível em: <<https://www.dropbox.com/s/6jgyv0gjc4xxwbf/Responsabilidade%20civil%20na%20%C3%A1rea%20m%C3%A9dica.pdf?dl=0>> Acesso em 16/07/2019

SADLER, Michelle; SANTOS, Mário JDS; RUIZ-BERDÚN, Dolores; ROJAS, Gonzalo Leivas; SKOKO, Elena; GILLEN, Patricia; CLAUSEN, Jette A. **Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence**. Reproductive Health Matters, 24:47, 47-55, DOI: 10.1016/j.rhm.2016.04.002. Elsevier, 2016 Disponível em < <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.002>>

SANTOS, Michelly. ASCOM/UFPB. **“Plano de parto previne violência obstétrica”**, alerta pesquisadora da UFPB. Publicado em 17/05/2019. Disponível em <https://www.ufpb.br/ufpb/contents/noticias/201cplano-de-parto-previne-violencia-obstetrica201d-alerta-pesquisadora-da-ufpb> Acesso em 25/07/2019

SENA, Lígia Moreira. **“Ameaçada e sem voz, como num campo de concentração.” A medicalização do parto como porta e palco para a violência obstétrica**. Florianópolis, 2016. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/172548/343425.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> Acesso em 11/07/2019

SENADO FEDERAL, Notícias. **Violência obstétrica é uma realidade cruel dos serviços de saúde, apontam debatedores**. Fonte: Agência Senado Íntegra da matéria disponível em <<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2018/06/20/violencia-obstetrica-e-uma-realidade-cruel-dos-servicos-de-saude-apontam-debatedores>> acesso em 04/08/2019

SENADO NOTÍCIAS. **Especialistas apontam epidemia de cesáreas no Brasil**. Disponível em <https://www12.senado.leg.br/noticias/especiais/especial-cidadania/especialistas-apontam-epidemia-de-cesarianas/especialistas-apontam-epidemia-de-cesarianas> Acesso em 14/07/2019

SOUZA, Eduardo Nunes. Responsabilidade civil dos médicos e dos profissionais da saúde. In: **Responsabilidade civil de profissionais liberais** / André Brandão Nery Costa... [et.al]; coordenação Maria Celina Bodin de Moraes, Gisela Sampaio da Cruz Guedes. Rio de Janeiro: Forense, 2016.

TARTUCE, Flávio. **Direito Civil: Direito das Obrigações e Responsabilidade Civil** – v. 2. – 14. ed. – Rio de Janeiro: Forense, 2019

TORNQUIST, Carmen Susana. **Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto**. Revista Estudos Feministas, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 483-492, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n2/14972>> Acesso em 02/07/2019

TUTA HEALTH. **Sorano (pai da obstetrícia)** Disponível em <<http://tutattours.blogspot.com/2013/05/sorano-pai-da-obstetricia.html>> Acesso em 14/07/2019.

VASCONCELOS, Desirée Cristina Rodrigues. **Alyne e seus espectros: breve estudo sobre violência obstétrica no Brasil**. Dissertação. PPGCJ UFPB. João Pessoa, 2018

VENDRÚSCULO, Cláudia Tomasi; KRUEL, Cristina Saling. **A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto**. Disciplinarum Scientia. Série: Ciências Humanas, Santa Maria, v. 16, n. 1, p. 95-107, 2015. ISSN 2176-462X. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/311420444\\_A\\_HISTORIA\\_DO\\_PARTO\\_DO\\_DO\\_MICILIO\\_AO\\_HOSPITAL\\_DAS\\_PARTEIRAS\\_AO\\_MEDICO\\_DE\\_SUJEITO\\_A\\_OBJETO\\_1](https://www.researchgate.net/publication/311420444_A_HISTORIA_DO_PARTO_DO_DO_MICILIO_AO_HOSPITAL_DAS_PARTEIRAS_AO_MEDICO_DE_SUJEITO_A_OBJETO_1)> Acesso em 05/07/2019

VIANNA, Ana Jéssica Soares; BERLINI, Luciana Fernandes. **Responsabilidade civil do médico em casos de violência obstétrica no ordenamento jurídico brasileiro**. Instituto Jurídico, Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra. Lex Medicinæ n.º 4 · Vol. I · 2019 Disponível em: <[https://www.uc.pt/fduc/ij/publicacoes/pdfs/LM\\_C1/Caderno\\_4\\_1\\_-\\_Lex\\_Medicinae\\_2018.pdf](https://www.uc.pt/fduc/ij/publicacoes/pdfs/LM_C1/Caderno_4_1_-_Lex_Medicinae_2018.pdf)> Acesso em 09/08/2019

VILLELA, Wilza Vieira; ARILHA, Margareth. Sexualidade, gênero e direitos sexuais e reprodutivos. In: In: Berquó, Elza. **Sexo & vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil**. Campinas, UNICAMP, 2003. p.95-150. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nxtAction=lnk&exprSearch=349922&indexSearch=ID>> Acesso em 09/08/2019

WICHTERICH, Christa. **Direitos sexuais e reprodutivos**. Rio de Janeiro: Heinrich Böll Foundation, 2015. 40 p. ISBN 978-85-62669-14-9.